



# **Organização dos Cuidados pelo Método de Enfermeiro de Família por Área Geográfica**

Vera Mónica Arantes Antunes

Trabalho de projecto apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
para a obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo Gestão  
de Unidades de Saúde.

Orientado pela Professora Doutora Cidália Amorim

Viana do Castelo, Março de 2012





# **Organização dos Cuidados pelo Método de Enfermeiro de Família por Área Geográfica**

Aluno: Vera Mónica Arantes Antunes

Orientador: Professora Doutora Cidália Amorim

Viana do Castelo, Março de 2012

## RESUMO

O presente trabalho de projecto insere-se no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde, em consonância com um projecto pessoal e profissional de enfermeira de família numa Unidade de Saúde Familiar (USF). A sua concretização tornou-se possível pela mobilização de conhecimentos, atitudes e acções adquiridas ao longo do mestrado. Este trabalho de projecto tem como finalidade a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica, implícita à estruturação de novas políticas de saúde em Portugal, nomeadamente a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) considerados a base de todo o sistema de saúde. Na criação da USF, os enfermeiros assumem a importância de implementar e promover o enfermeiro de família, cujo alvo e foco da sua prática é a família, ao longo de todo o ciclo vital.

Assim, procedeu-se à análise de situação de forma a obter uma análise integral e identificação de problemas e causas através da análise SWOT e diagrama de causa e efeito de Ishikawa. De seguida foram planificadas, concretizadas e aprovadas acções e documentos de apoio à organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica. Das acções realizadas foram aprovadas em Conselho Geral da USF a definição da área geográfica de influência da USF; identificação do enfermeiro de família/gestor de caso; elaboração de um horário modelo do enfermeiro de família; construção de um manual para a qualidade dos registos de enfermagem; plano de acompanhamento interno; organigrama da USF e diagnóstico de necessidades formativas.

Constituem propostas a serem sujeitas a aprovação pelo Conselho Geral da USF e/ou pelo Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) os indicadores e metas a contratualizar relativas ao enfermeiro de família; manual de articulação e o regulamento interno. Projecta-se a abertura da unidade de saúde objecto do estudo para Janeiro de 2012 pelo que, só será possível a avaliação das mesmas após o início do seu funcionamento. No entanto temos presente que, um projecto pode ser flexível e susceptível a mudanças e reformulações e que, as actividades concretizadas e aprovadas poderão em qualquer momento serem sujeitas a ajustes e modificações.

**Palavras-chave:** Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários; Unidade de Saúde Familiar; Enfermeiro de Família; Cuidados de Saúde.

## ABSTRACT

This project is inserted in the scope of a masters in organizational management, healthcare unit management branch, in conjunction with a personal and professional project of family nurses in a USF (Family Healthcare Unit). This project became possible thanks to the mobilization of knowledge, performance and actions acquired throughout the masters. The purpose of this project is the organization of nursing care by the method of family by geographic area, inherent to the structuring of new healthcare policies in Portugal, namely the reorganization of primary healthcare considered the basis of the entire healthcare system. In creating a USF, the nurses assume the importance of implementing and promoting the family nurses, who have as target and focus of their practice the family during its entire life cycle.

Therefore, an analysis of the situation was performed, in order to attain a complete analysis and identification of the problems and causes using the SWOT analysis and Ishikawa cause and effect diagram. Thus, actions and documents supporting organization of nursing care by the method of family by geographic area were planned, performed and approved. The following actions performed were approved by the USF General Counsel: the definition of the geographical area of USF's influence; the identification of the family nurse/case manager; the elaboration of a template schedule for the family nurse; the creation of a manual for improving the quality of the nurse's records; the creation of an internal supervision plan; the creation of a USF's organization chart and diagnostics of formative necessities.

The proposals still being submitted to approval by the USF General Counsel and/or by the ACES's (Health Center Group) Clinical Counsel are the indicators and goals to be employed regarding a family nurse; the structuring manual and internal regulation. The opening of a healthcare unit as a study subject is envisioned for January 2012. Therefore, it will only be possible to assess it after it begins functioning. However, we are aware that a project might be flexible and susceptible to changes and reformulations, and that the activities performed and approved may at any time be subjected to adjustments and modifications.

**Key-words:** Reorganization of Primary Healthcare Services; Family Healthcare Unit; Family Nurse; Healthcare Services.

## RESUMEN

Este trabajo de investigación asienta en el Máster de Gestión de las Organizaciones, ámbito de la Gestión de las Unidades de Salud, de acuerdo con un proyecto personal y profesional de enfermera de familia en una USF (Unidad de Salud Familiar). Su ejecución fue posible gracias a la reunión de conocimientos, actitudes y acciones adquiridas al largo del Máster. Este proyecto de investigación tiene como objetivo la organización del cuidado de enfermería por el método de la familia por área geográfica, implícita a la estructuración de nuevas políticas de salud en Portugal, es decir, la reorganización de los Cuidados de Salud Primarios, considerados la base de todo el sistema de salud. En la creación de la USF, los enfermeros tienen la responsabilidad de implementar y promover el enfermero de familia, cuyo objetivo y enfoque de su práctica es la familia, a lo largo de todo el ciclo vital.

Por lo tanto, se procedió al estudio de la situación a fin de obtener un análisis completo y la identificación de problemas y sus causas a través del análisis SWOT y el diagrama de causa y efecto Ishikawa. A continuación, se planifican, ejecutan y aprobó las acciones y documentos para apoyar la organización del cuidado de enfermería por el método de la familia por área geográfica. De las acciones ejecutadas, han sido aprobadas en el Consejo General de la USF la definición del área geográfica de influencia de la USF; la identificación del enfermero de familia/encargado del caso; elaboración de un horario modelo del enfermero de familia; la construcción de un manual para la calidad de los registros de enfermería; un plan de acompañamiento interno; el organigrama de la USF y el diagnóstico de necesidades de formación.

Son propuestas que serán sujetas a la aprobación por el Consejo General de la USF y / o por el Consejo Clínico del ACES (Agrupación de Centros de Salud), los indicadores y objetivos a definir respecto al enfermero de familia; manual de articulación y las reglas internas. Se prevé la apertura de la unidad de salud que sirvió para el estudio para enero de 2012 por lo que, sólo será posible evaluar la misma después del inicio de su funcionamiento. Sin embargo, tenemos en cuenta que un proyecto puede ser flexible y susceptible a los cambios y reformulaciones, y que las actividades realizadas y aprobadas pueden en cualquier momento estar sujetas a ajustes y modificaciones.

**Palabras-clave:** Reorganización de los Cuidados de Salud Primarios; Unidad de Salud de la Familia; Enfermero de Familia; Cuidados de la Salud.

## **AGRADECIMENTOS**

Desde que dei início a este trabalho de projecto até à sua finalização, muitas foram as pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram decisivamente para a sua realização, pelo que agradeço e expresso a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

À família, que sempre soube estar presente nos momentos mais desgastantes. Um obrigado muito especial pelo vosso conforto, apoio incondicional e pela paciência e compreensão durante o tempo de ausências.

Aos amigos pelo apoio, motivação, força e palavras reconfortantes e entusiastas de incentivo.

À minha orientadora, Professora Cidália Amorim pelo seu contributo e orientação imprescindível neste percurso efectuado.

A todos vocês o meu sincero  
Obrigada!

*“O degrau da escada não foi inventado para repousar, mas apenas para sustentar o pé  
o tempo necessário para que o homem coloque o outro pé um pouco mais alto.”*

*Aldous Huxley*



## LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APNOR	Associação de Politécnicos do Norte
ARS	Administração Regional de Saúde
CD	Conselho Directivo
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
CSFSNS	Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DC	Departamento de Contratualização
DCCSP	Departamento de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção Geral da Saúde
ERA	Equipa Regional de Apoio
GCR CSP	Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRACE	Programa de Reestruturação de Administração Central do Estado
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SINUS	Sistema Informático Nacional de Utente em Saúde
SLAT	Serviço de Luta Anti Tuberculose

SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Sub-Região de Saúde
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
ULS	Unidade Local de Saúde
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USF- AN	Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional
USP	Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

RESUMO .....	IV
ABSTRACT .....	V
RESUMEN .....	VI
AGRADECIMENTOS .....	VII
PENSAMENTO .....	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	IX
INTRODUÇÃO .....	15
 <b>PARTE I - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: EVOLUÇÃO E PRINCIPAIS TENDÊNCIAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b> .....	 19
1- CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE EM PORTUGAL .....	20
1.1- Os cuidados de saúde primários em Portugal: acompanhar a sua evolução .....	22
1.2- A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal como nova medida política de saúde .....	26
2- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: O IMPULSO DE UMA NOVA REFORMA .....	35
3- O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE .....	40
3.1- O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários .....	42
4- ENFERMAGEM DE FAMÍLIA NA RESTRUTURAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	48
4.1- Enfermeiro de família: a situação em Portugal .....	50
4.2- A construção de competências do enfermeiro de família .....	50
4.3- Unidade de saúde familiar: um contexto para a enfermagem de família .....	53
 <b>PARTE II - MATERIALIZAÇÃO DO PROJECTO</b> .....	 55
1- ANÁLISE DE SITUAÇÃO .....	56
1.1- Enfermeiro de família na USF: contexto da realidade em Portugal .....	63

1.2- Caracterização do contexto do estudo .....	66
1.3 - Recursos .....	70
2- PLANO DE ACÇÃO .....	71
3- DO PLANEADO AO CONCRETIZADO .....	75
4 – PERSPECTIVANDO A CONTINUIDADE .....	85
5 – CONCLUSÃO .....	88
BIBLIOGRAFIA .....	91
APÊNDICES .....	97

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Análise SWOT do Contexto Actual da Implementação do Enfermeiro de Família .....	58
Tabela 2	Relação de Candidaturas de USF .....	65
Tabela 3	Descrição da Situação Relativa às USF em Portugal .....	65
Tabela 4	Relação de Profissionais Envolvidos nas USF em Portugal .....	66
Tabela 5	Número de Utentes Inscritos/Grupo Etário na USF por Médico de Família .....	67
Tabela 6	Número de Utentes Inscritos na USF por Enfermeiro de Família/Área Geográfica ...	68
Tabela 7	População abrangida pela USF em Estudo .....	69
Tabela 8	Horas Extraordinárias do Enfermeiro de Família de acordo com a Lista de Utentes/Área Geográfica .....	78

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura Orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde .....	32
Figura 2	Diagrama de Causa e Efeito de Ishikawa (1943) .....	60
Figura 3	Dossier Utentes do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) .....	77
Figura 4	Dossier Famílias do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) .....	77

## **INTRODUÇÃO**

Os sucessivos governos têm procurado organizar o sistema de saúde com vista a melhorar a sua equidade, eficiência, efectividade, solidariedade, justiça social e capacidade de resposta aos problemas da população. O desenvolvimento dos CSP ao longo destes anos, e em particular a actual reforma, contribui para a consecução destes objectivos. A importância dos CSP tem sido alvo de inúmeros debates por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), que no Relatório Mundial de Saúde de 2008, considerou que os sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP obtêm melhores resultados em saúde para a população, maior equidade, mais acessibilidade, menores custos, melhor relação custo-efectividade e maior satisfação dos cidadãos.

O programa do XVII Governo Constitucional reconhece os CSP como um elemento chave do sistema de saúde, por ser o primeiro acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Em 2005 deu-se início à reforma nos CSP com a reorganização dos centros de saúde e a criação das USF, equipas multiprofissionais, com autonomia técnica e funcional, que se assumem como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto), para direccionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar.

Mais tarde, a reforma prosseguiu com a implementação dos ACES, sendo estes organizados em várias unidades funcionais, de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, definindo-os como “serviços públicos, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.” Paralelamente a esta alteração nas políticas de saúde e na organização dos CSP com a criação das USF, torna-se fundamental e urgente perspectivar uma nova abordagem da prestação de cuidados de enfermagem centrados nas famílias, no sentido de diminuir o período de hospitalização, incentivar os cuidados de ambulatório e domiciliário e proporcionar uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência às famílias (Louro, 2006).

A enfermagem de família tem a sua origem na pré-história e sofreu um interregno devido a mentalidades individualistas nas forças sociais e ideológicas (Hanson, 2005). Durante muito tempo a abordagem à enfermagem de CSP foi fragmentada, centrando-se mais no tratamento e na prestação de cuidados a grupos de risco, do que na promoção e prevenção. Após se compreender o utente como um ser complexo, pluridimensional e integrado na sua família, surge a enfermagem de família (Ferreira, 2005).

Esta organização dos cuidados em enfermagem integra uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na procura de soluções para problemas identificados e, englobando-a no

planeamento e execução das intervenções. Emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família, sendo que, os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros (Figueiredo, 2009).

Temos assistido, na última década, a um protagonismo crescente da *família* nos estudos, intervenções e políticas de saúde. A problemática da intervenção na família, sendo um objecto privilegiado de investigação em saúde, afirma-se como uma estratégia prioritária de assistência à comunidade, reconhecida pela OMS e outras organizações internacionais. Os enfermeiros, intervenientes na prestação de cuidados de saúde, protagonizam na actualidade uma *mudança de patamar* no trabalho com as famílias. A OMS, no quadro conceptual para uma política de saúde para todos, Saúde 21, coloca novos desafios aos enfermeiros, como a importância de desenvolver o conceito de enfermeiro de família e a reestruturação do modelo organizativo da prestação de cuidados de enfermagem, com o objectivo de proporcionar ao indivíduo e família melhor acessibilidade e qualidade dos cuidados e garantir a cada família o seu enfermeiro. Esta considera ainda que, este profissional pode contribuir para atingir as 21 metas traçadas nas políticas para o século XXI, trabalhando no seio de uma equipa multiprofissional de saúde.

A enfermagem de família surge actualmente, assumindo forças e novas proporções com o impulso alcançado na conferência interministerial de Munique, organizada pela região Europeia da OMS, tendo como referência a avaliação dos progressos com base nas Metas da Saúde 21. Esta conferência constituiu um marco histórico para a enfermagem, uma vez que enfatiza o papel primordial dos enfermeiros na mudança e nos diversos contextos do sistema de saúde, reafirmando o papel interventivo que podem desenvolver junto da comunidade e centrada na família.

O presente trabalho de projecto insere-se no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde, desenvolvido pela Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no período de Setembro de 2009 a Julho de 2011.

As organizações privilegiam na sua acção e numa abordagem à mudança planeada e, que se prevê essencial, o funcionamento a partir de uma lógica de projecto, em detrimento das rotinas e dos procedimentos autojustificados de carácter protocolar ou burocrático. Projecto, é desta forma considerado como um plano de trabalho organizado essencialmente para resolver e/ou estudar um problema ou necessidade identificada e que preocupa quem o vai realizar.

Um projecto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo...tem como objectivo final a satisfação das necessidades identificadas, de forma a que, por um lado, o mesmo resolva ou minimize os problemas de saúde identificados, ou, por outro lado, optimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados à população.



(Ruivo & Ferrito, 2010, p. 10)

Enquanto profissional de enfermagem, a opção e escolha de um trabalho de projecto intitulado a *organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica*, constituiu particular agrado. A exercer funções de enfermagem em CSP desde o ano de 2001, pudemos observar que durante este período de tempo a organização e a metodologia de trabalho de enfermagem pouco ou nada evoluíra. Os modelos de prestação de cuidados adoptados até ao momento estavam demasiadamente enraizados nas organizações. Esta estagnação deveu-se à inércia dos enfermeiros, resistência à mudança, falta de apoio, insuficientes conhecimentos ligados à enfermagem familiar e, também porque, não houve até ao momento implementação de novas medidas políticas de saúde que incentivassem mudanças sólidas e que produzissem, de igual forma, alterações na organização da enfermagem.

Neste contexto, a elaboração de um trabalho de projecto para a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica numa USF da região Norte do País, revela-se pertinente e necessária. Com a execução deste trabalho, pretende-se obter eficácia, eficiência e qualidade nos cuidados de enfermagem prestados ao utente e família, requerendo trabalho e empenho dos intervenientes neste projecto. Os resultados positivos traduzir-se-ão numa reestruturação da organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica, melhoria na qualidade dos cuidados e, conseqüentemente uma maior satisfação e visibilidade de todos os enfermeiros e benefícios para o sistema de saúde, para o utente e família.

Pretende-se também, como resultado de uma análise de situação, construir e planear acções, de modo a conseguir alcançar a mudança com benefícios no futuro, tendo sempre presente que um projecto pode ser flexível e susceptível a reformulações. De igual forma, desejamos contribuir para que a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica se torne real e efectiva. Desta forma definimos como objectivos para este trabalho de projecto:

- Propor a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica, de acordo com as novas políticas de saúde e a actual reforma dos CSP.
- Servir como instrumento de avaliação para obtenção do grau de mestre no âmbito do Mestrado de Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde.

Este trabalho de projeto é composto pelas várias partes que devem constituir um trabalho de projecto. Na primeira parte, pretendemos enquadrar conceptualmente o trabalho a desenvolver. Para isso será feita uma abordagem a temáticas que se revelam essenciais na compreensão e execução deste trabalho de projecto, nomeadamente: a contextualização histórica da saúde em Portugal, sua evolução e reforma dos CSP; USF como impulso da nova reforma; contratualização na saúde e especificamente nos CSP; enfermagem de família na reestruturação dos CSP, a situação do enfermeiro de família em Portugal, suas competências e contexto dos enfermeiros de família nas USF. Na segunda parte, será feita uma descrição da materialização do projecto,

especificamente: análise de situação através de uma análise SWOT e diagrama de causa e efeito de Ishikawa, abordagem à organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica no contexto da realidade em Portugal, caracterização do contexto do estudo e recursos. De seguida, passaremos à explanação descritiva do plano de acção, onde serão apresentadas as actividades e acções planeadas de forma a dar resposta ao diagnóstico de situação; desenvolvimento das actividades concretizadas e implementadas; perspectivas de continuidade do projecto e, por último, conclusão ao trabalho de projecto.

**PARTE I**

**O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: EVOLUÇÃO E PRINCIPAIS TENDÊNCIAS NOS  
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

O XVII Governo Constitucional elegeu a reforma dos CSP como uma prioridade política e, como tal, tem vindo a actuar neste sector com empenho e determinação. A implementação das USF surgiu como fruto desta reforma, considerada como uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares nos cuidados de saúde. Assumem-se também como, um local de investigação, inovação e de aprendizagem.

Esta reforma tem vindo a apoiar a prática do enfermeiro de família, conferindo uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades do utente, família e população em matéria de cuidados de enfermagem. Estes cuidados desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, sendo tradicionalmente os enfermeiros que cuidam das pessoas no seu domicílio. A interacção com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem evidenciando-se a enfermagem de família, no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global (Wright & Leahey, 2002).

Nesta primeira parte será apresentado o enquadramento conceptual, na qual desenvolveremos de uma forma breve temáticas que constituem a realização deste trabalho de projecto. Iniciamos esta abordagem com uma contextualização histórica da saúde em Portugal; o seu processo evolutivo e a reforma dos CSP; as USF como impulso da nova reforma da saúde em Portugal e a contratualização na saúde, especificamente nos CSP. Concluimos, fazendo referência à enfermagem de família na reestruturação dos CSP, a situação do enfermeiro de família em Portugal, competências e contexto dos enfermeiros de família nas USF.

## **1- CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE EM PORTUGAL**

Neste capítulo será feita uma breve abordagem relativa ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), por forma a situar a base deste trabalho e a compreendermos de uma forma clara a evolução da saúde em Portugal, na qual desenvolverei a constituição do Sistema de Saúde, ao nível dos CSP.

A organização dos serviços de saúde sofreu, ao longo dos tempos, a influência de conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e concretizou-se fundamentalmente para dar resposta às doenças que surgissem. Até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, instituições privadas e aos serviços médicos da Previdência (Barros, 2009).

Antes do século XVIII, os cuidados de saúde eram oferecidos pelos hospitais religiosos de beneficência denominados Misericórdias, instituições independentes e sem fins lucrativos, que prestavam assistência somente às pessoas com necessidades. Actualmente, estas instituições funcionam em poucos hospitais, apesar de ser reconhecido o seu importante papel histórico como um dos principais prestadores de cuidados de saúde em Portugal (Simões, 2004).

O primeiro acto de legislação de saúde pública sucedeu em 1901, o que possibilitou a criação de

uma rede de médicos responsáveis por esta área. Em 1945, foi introduzida uma nova lei que estabeleceu os serviços de maternidades públicas e de bem-estar infantil (Simões, 2004).

A primeira Lei de Segurança Social foi promulgada em 1946 e, até esta altura, os cuidados de saúde seguiam o modelo germânico, no qual se previa a assistência em cuidados de saúde a toda a população empregue e seus dependentes, através da segurança social e fundos de doenças. Este sistema de previdência social era financiado pelas contribuições obrigatórias de empregados e empregadores, que cobria, numa primeira instância, somente os trabalhadores industriais.

Entretanto, outros sectores foram adicionados, o direito à saúde foi organizado de tal forma que as instituições privadas e de caridade deixaram de ser os principais prestadores de cuidados de saúde. Desta forma, surge o compromisso no sentido de uma maior oferta pública de cuidados de saúde e de universalidade na cobertura de cuidados. Surgem, assim, os *centros de saúde de primeira geração* (Simões, 2004).

Após a revolução de 1974, a política de saúde em Portugal sofreu um processo de reestruturação dos serviços de saúde, o qual culminou na criação do SNS em 1979, pelo Ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional António Arnaut. Desde esta data o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos sem excepção. No mesmo ano, foi introduzida uma legislação no sentido de estabelecer o direito dos cidadãos à protecção da saúde; a garantia de cuidados de saúde gratuitos através do SNS; o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua situação económica e contexto social; cuidados de saúde integrados incluindo promoção de saúde; vigilância e prevenção e um sistema de cobertura financiado, sob a forma do SNS.

Na década de noventa, iniciou-se uma discussão relativamente à reforma do sistema de saúde, sendo claramente forte a opinião daqueles que defendiam um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS (Simões, 2004). Deste modo, abriu-se a possibilidade da privatização de sectores do financiamento e de cuidados de saúde, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e à possibilidade de um seguro alternativo de saúde (Simões, 2004). Esta possibilidade de privatização de sectores fez com que surgisse uma certa concorrência entre o sector público e o sector privado. No entanto, o Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, procurava estimular o sector privado na área da saúde, incluindo a gestão privada de instituições de saúde.

Em 1993, foram criadas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), que funcionavam como *unidades funcionais* e de ligação entre os hospitais e centros de saúde. Tinham como objectivo conseguir uma melhor integração e interligação entre os cuidados primários, secundários e terciários.

Actualmente, registam-se alterações profundas no sistema de saúde português, que consolidaram as reformas de desenvolvimento do SNS a ritmos diferentes para vários sectores, como no caso dos CSP e dos Cuidados Continuados Integrados. Ao submeter-se o SNS aos sucessivos

governos que procuram desenvolver e criar iniciativas reformistas, este tenderá a ser, ao longo do tempo, mais eficiente, autónomo e responsável relativamente à prestação de cuidados de saúde (Simões, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o SNS é um conjunto de serviços e instituições, cuja missão é garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, tendo em conta, os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

### **1.1- Os cuidados de saúde primários em Portugal: acompanhar a sua evolução**

Os CSP são a primeira e principal forma de contacto do indivíduo com o SNS, fazendo com que os cuidados de saúde estejam tão próximos quanto possível dos cidadãos. Segundo Chaves (2006 cit. in Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2008, p.99), os CSP “proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde”.

Os CSP adoptaram desde há muitos anos um papel de enorme relevância no sistema de saúde português, daí a necessidade de se fazer uma breve resenha histórica e evolutiva deste tipo de cuidados em Portugal.

A publicação do Decreto-Lei nº 35 311 de 25 de Abril de 1946, foi responsável pela constituição da federação das caixas de previdência e, conseqüentemente, do primeiro serviço de cuidados médicos de nível nacional, tornando-se claramente no primeiro passo para a organização dos CSP em Portugal. Este passo, coincide com o início de um sistema de segurança social sustentado nos designados *serviços das caixas* cujos destinatários dos cuidados de saúde eram exclusivamente os trabalhadores por conta de outrem, particularmente do sector da indústria, comércio, pesca e rural. Posteriormente, todas as legislações publicadas demonstraram ser inadequadas, desajustadas e deficitárias, nomeadamente na questão da globalidade dos cuidados de saúde, estes não eram dirigidos a todos os cidadãos, o que realçava as diferenças e injustiças sociais da população. Com vista a tentar minimizar estas desigualdades sociais, foi criado em 1958, o MS, que no entanto não trouxe efeitos imediatos e directos ao nível da organização dos serviços de saúde. Ao invés disso, esta situação fez com que os serviços das caixas se desenvolvessem, aumentando cada vez mais as diferenças entre a população no acesso a cuidados de saúde (OPSS, 2008).

No início dos anos 70, o contexto social português caracterizava-se pelo desfavorecimento dos factores socioeconómicos e de saúde da população, ocorrendo em Portugal no ano de 1971, uma reforma da saúde que levou a um conjunto de transformações internas, surgindo assim os centros de saúde de primeira geração. Posteriormente, em 1983, os primeiros centros de saúde foram integrados com os actuais postos de saúde, caixas dos serviços médico-sociais e o serviço de luta anti tuberculose (SLAT). Este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal, mas

não resultou numa melhoria naquilo que eram as principais virtudes dos componentes integrados, tais como a acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias e a programação de actividades com objectivos de saúde. A integração dos centros de saúde com os serviços médico-sociais teve finalmente lugar em 1983/1984, dando origem aos designados *centros de saúde de segunda geração*. Esta reforma fez-se através de uma inclusão essencialmente administrativa, dando aos centros de saúde de primeira geração novas designações e novas instruções de procedimentos, esperando que o tempo, as chefias e as eventuais oportunidades de formação, transformassem esta rede reconfigurada de unidades de prestação de cuidados de saúde, em verdadeiros centros de saúde. Em 1999, foi publicada a legislação sobre os *centros de saúde de terceira geração*, que surge na sequência de experiências no terreno e outras iniciativas semelhantes, baseada numa filosofia de trabalho em grupo e equipa. Tendo em conta que a evolução dos CSP em Portugal conheceu nos últimos quarenta anos várias fases de transformação e de melhoria, é importante perceber de que forma é que este progresso aconteceu e que mais-valias é que resultaram para o sistema de saúde português.

### **Centros de Saúde da Primeira Geração**

A primeira geração de centros de saúde foi criada pelo Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro e integrou múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública. Este tipo de centros de saúde durou pouco mais de uma década (1971-1982) e centrou-se fundamentalmente na protecção da população, prevenção das principais doenças infecto-contagiosas, vacinação e, na assistência a grupos mais vulneráveis da sociedade como mulheres e crianças. O tratamento da doença aguda e os cuidados curativos ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas actividades (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2002). Os centros de saúde passaram desta forma a ser a principal porta de entrada no sistema de saúde, devendo recorrer-se apenas aos hospitais, que maioritariamente continuavam na dependência das Misericórdias, em caso de necessidade de apoio dos cuidados diferenciados.

A evolução da organização da saúde é influenciada por acontecimentos externos ao sector, relacionados com contextos sociais, económicos e políticos. A democratização em 1974, foi um desses acontecimentos que trouxe grandes alterações aos serviços de saúde, sobretudo devido a um culminar de legislação que nem sempre foi colocada em prática e também, em 1979, pela criação do SNS, que defendia o direito à protecção da saúde e o dever da sua defesa e protecção. Este seria um serviço nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso devia ser garantido pelo Estado.

Contudo, e de forma a evitar as desigualdades anteriormente mencionadas, era essencial integrar os serviços médicos das caixas de previdência, nos centros de saúde, o que não aconteceu de forma imediata. As denominadas *caixas* prestavam assistência social e na doença apenas a trabalhadores e suas famílias que descontavam para a segurança social. Face ao exposto, durante alguns anos coexistiram em separado dois estilos de práticas: uma prática de saúde

comunitária com objectivos de promoção da saúde e actuação programada por valências nos centros de saúde e, uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos utentes, traduzida num elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objectivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa (Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, [GCR CSP], 2009).

### **Centros de Saúde da Segunda Geração**

Em 1983, foi publicado o regulamento dos centros de saúde e, desta forma, teve início a segunda geração de centros de saúde, após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral. Estes centros de saúde resultaram da integração dos centros de saúde de primeira geração com os postos dos serviços médico-sociais e herdaram das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humanos e duas culturas organizacionais distintas. O único elemento novo introduzido neste modelo foi a carreira médica de clínica geral (GCR CSP, 2009). Estes centros de saúde eram entidades sem personalidade jurídica e sem autonomia administrativa e financeira, dependentes de sistemas administrativos que até então geriam os serviços médico-sociais: ARS e Sub-Regiões de Saúde (SRS).

A nível central, este processo de fusão de três linhas de serviços conduziu, em 1984, à criação da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários e a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar com consistência algumas das virtudes do sistema de saúde, nomeadamente: a grande acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias oferecida pelos serviços médico-sociais e a programação com objectivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam as actividades dos centros de saúde, com sucessos objectivados em diversas áreas, nomeadamente na área materno-infantil (GCR CSP, 2009).

### **Centros de Saúde da Terceira Geração**

O debate sobre a reorganização e reorientação dos CSP em Portugal acompanhou a evolução das gerações anteriores de centros de saúde. As críticas, sugestões de mudança e propostas alternativas ao modelo organizativo dos centros de saúde integrados datam do próprio ano da sua criação e têm evoluído desde então com base na experiência vivida e no estudo de experiências equivalentes noutros Países.

Em meados de 1995, iniciou-se um novo ciclo político, debatendo-se o modelo do SNS. Foram dados os primeiros passos da reforma actual dos CSP, propondo-se uma nova organização conhecida por centros de saúde da terceira geração (Biscaia, et al., 2008). A partir de 1996, foi possível relançar no seio do MS, o debate sobre o futuro dos CSP e dos centros de saúde no País. Paralelamente a este debate, foram iniciados projectos e iniciativas experimentais e de



inovação organizativa, visando explorar caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos (GCR CSP, 2009). A partir de 1997 e até 1999, foram criadas as agências de contratualização e de orçamentos programa, apostando-se na separação entre os prestadores de cuidados de saúde e o seu financiamento. Em 1999 foram legislados pelo Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, os centros de saúde de terceira geração, com vista à descentralização e a uma maior autonomia (OPSS, 2008).

Até 2001, desenvolveram-se estratégias de implementação deste tipo de centros de saúde, que nunca foram concretizados na totalidade, em parte devido às resistências, especialmente das SRS, que assistiam à transferência do seu poder para os próprios centros de saúde, visto que estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa, com organização em equipas multiprofissionais e descentralizadas e administrados por uma direcção técnica e clínica. Porém, foi a partir de 2002 que se deu uma reviravolta legislativa no sector da saúde, com consequências para os CSP, com a criação da rede de CSP através do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril. Desde a sua publicação que o proposto nunca foi executado e, até ao ano de 2005, o sistema de saúde viveu uma nova estagnação organizacional ao nível dos centros de saúde.

Em 2005, com a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, deu-se início a uma nova fase no sector da saúde, particularmente nos CSP. Foram estes os primeiros passos da reforma a que assistimos neste momento e que aposta essencialmente na reorganização dos centros de saúde, com a criação de USF, equipas multidisciplinares, com autonomia técnica e funcional e dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, mas também na criação de outras unidades funcionais, que se verifica serem soluções mais adequadas para a prestação de CSP (OPSS, 2008). Estes centros de saúde estão organizados em unidades funcionais, com autonomia técnica, funcionalmente ligadas entre si, permitindo uma organização de trabalho em pequenos grupos multiprofissionais funcionando em rede, aproximando o máximo possível à decisão no local de acção. Por outro lado, suportam uma contratualização individual e colectiva a que se associam os sistemas de avaliação adequados à monitorização das necessidades das populações (DGS, 2002).

Inicialmente foi criado um grupo técnico para o acompanhamento desta reforma e, mais tarde, a reorganização dos CSP ficou a cargo da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). No terreno, estas iniciativas surgiram lentamente e tornaram o percurso difícil mas coerente. Promoveu-se a criatividade, a ousadia inovadora e a tenacidade de pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa (OPSS, 2009).

## **1.2- A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal como nova medida política de saúde**

Desde a sua criação, os CSP têm apresentado lacunas ao nível dos seus modelos de organização e gestão, com consequências negativas ao nível da prestação de cuidados de saúde como também, a um nível mais dimensional, que incide sobre a própria evolução do sistema de saúde. Aliás, a pouca profundidade dos estudos realizados na criação de um SNS sustentável com CSP de excelência e com boas respostas de saúde aos cidadãos, provocaram consecutivas tentativas de mudança ao longo destas décadas de existência. No capítulo anterior, foi possível analisar que foram várias as tentativas de reforma que se tentaram implementar, sem que, porém, tenham tido o sucesso esperado (OPSS, 2008). Os sucessivos governos procuraram cada vez mais organizar os sistemas de saúde de forma a melhorar a equidade, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos. Nos últimos anos, tem sido reconhecido e aceite o papel capital que os CSP poderão ter na organização e no sucesso do SNS, daí a atenção cuidada que os últimos governos têm tido para com a reorganização dos CSP. Assim, no ano de 2000, a saúde passa a ser uma prioridade política e o sector vê assim reforçado o seu financiamento, no entanto, como se poderá ler no Relatório Primavera de 2008

...as muitas expectativas que se criaram saíram goradas devido às metas excessivas, às medidas de intervenção sem referências prévias, à contratualização, à ausência de transparência informativa e à descontinuidade das medidas proclamadas pela reforma anterior. Neste contexto, teria sido fundamental compreender que uma reforma, sobretudo num sector tão complexo como o da saúde, não se pode basear apenas no nível de financiamento e em alterações nos modelos de gestão e organização das unidades prestadoras de serviços... (OPSS, 2008, p. 107)

Desta forma, tornou-se cada vez mais clara a necessidade de criar políticas de saúde bem definidas e consolidadas, com capacidade para dar resposta às descontinuidades em termos de orientações e de prioridades. É também indispensável que as mesmas políticas assentem numa análise rigorosa dos contextos económico, social, cultural e político da sociedade. A implementação da reforma na área dos CSP era uma necessidade, uma vez que, nos mesmos e segundo o documento supracitado verificava-se

...a inexistência de trabalho em equipas multidisciplinares, deficiências ao nível do sistema de marcação e gestão de consultas, número insuficiente de médicos de família, número insuficiente de enfermeiros, impossibilidade de desenvolver programas de apoio domiciliário, insuficiente número de administrativos, apoio organizacional insuficiente, carências de formação profissional em relação ao pessoal administrativo... (OPSS, 2008, p. 108)

Em qualquer sistema de saúde, a fundamentação dos CSP tem como elementos estruturantes: a

acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, a focalização na comunidade e a auto responsabilização dos cidadãos (Biscaia et al., 2008).

No contexto da saúde, os CSP são considerados a base de todo o sistema de saúde, com princípios definidos que tenham aplicabilidade na prática de cuidados de saúde, particularmente ao nível da prestação de cuidados, visto que estes têm que estar mais orientados para a comunidade, maior flexibilidade na sua gestão e organização, desburocratização, implementação do trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação dos objectivos e indicadores de cada unidade de saúde, são fundamentais para o melhor nível de funcionamento do sistema. Tendo em conta estas reais necessidades, era fundamental investir nos CSP, a nível de recursos humanos, infra-estruturas, recursos materiais, educação, formação dos profissionais, investigação e melhoria da qualidade. Apenas com este investimento seria possível adequar uma resposta aos problemas de saúde da população, com imparcialidade e equidade no acesso e na prestação de cuidados e que fosse sustentada numa actuação legislativa, política e social para gerir estas mudanças (OPSS, 2008).

Antes da actual reforma dos CSP, o financiamento do sector da saúde e o seu reduzido orçamento, originou a subida nas despesas da saúde prejudicando áreas como a prestação de cuidados e a retribuição económica dos profissionais de saúde, que contribuíram para a desmotivação, más condições de trabalho, de instalações e de equipamentos. De acordo com o estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), as despesas com a saúde agravar-se-iam no futuro, caso não houvesse intervenção em novas reformas com a perspectiva de rectificar e melhorar a situação. As limitações com a despesa poderiam colocar em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a equidade no seu acesso (OCDE, 2006 cit. in OPSS, 2008). Esta situação fez com que o governo criasse um orçamento para a saúde muito aproximado das despesas, contexto este, bastante favorável para a mudança e para a implementação da nova reforma dos CSP.

Esta reforma deu origem a uma realidade diferente e original, através de um novo processo de desenvolvimento, invulgar na experiência portuguesa, com a finalidade de melhorar os cuidados de saúde, tornando-os centrados no cidadão, mais acessíveis e eficientes, e a necessidade de melhorar a satisfação dos profissionais e dos cidadãos. Assim, compreende-se que a reconfiguração dos centros de saúde é uma peça essencial e elementar, abrangendo os princípios de racionalização de estruturas e recursos e de simplificação e de melhoria da qualidade (GCRCSP, 2009).

Em 2005, a mudança política conduziu à nova reforma dos CSP em Portugal, neste ano foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro na dependência directa do Ministro da Saúde, a MCSP cujo objectivo era a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e

implementação das USF. O mesmo documento que determinou a criação da MCSP, estabeleceu a obrigatoriedade de cada ARS conceber uma Equipa Regional de Apoio (ERA) de forma a desenvolverem e implementarem a referida reforma (MCSP, 2007). O ponto 3, em epígrafe, espelha a necessidade deste grupo ter por objectivos:

- a) Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiar, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- b) Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das unidades de saúde familiar, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde;
- c) Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das unidades de saúde familiar;
- d) Elaborar o regulamento interno tipo dos centros de saúde reconfigurados;
- e) Propor, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas unidades de saúde familiar;
- f) Elaborar os termos de referência da contratualização das administrações regionais de saúde com os centros de saúde e destes com as unidades de saúde familiar;
- g) Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as unidades de saúde familiar em diferentes níveis de desenvolvimento;
- h) Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;
- i) Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde;
- j) Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e unidades de saúde familiar;
- l) Desempenhar outras funções que lhe sejam atribuídas pelo Ministério da Saúde. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro)

O mesmo grupo técnico, no seu documento *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, estabeleceu as orientações estratégicas para a reforma em curso. O desafio *major* não é tanto a formulação de estratégias, mas a sua implementação, sendo esta a grande aposta e exigência que se coloca à MCSP. Este grupo de trabalho, tem a difícil tarefa de criar instrumentos legais e operacionais que permitam a reentrada do sistema de saúde português nos CSP e paralelamente acompanhar o desenvolvimento desta nova metodologia de organização de cuidados. As áreas prioritárias de intervenção do projecto de desenvolvimento dos CSP são:

- Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde: o novo modelo ganha um grau de autonomia de gestão que é efectivamente novo no contexto nacional. Os cidadãos terão a possibilidade de influenciar as linhas de orientação das actividades do centro de saúde, uma inovação que coloca Portugal na linha da frente entre os Países mais desenvolvidos.
- Implementações de USF: o desenvolvimento do projecto de regime remuneratório experimental, iniciado em 1998. As USF são peças centrais do novo modelo, constituindo uma das principais linhas de contacto do cidadão com o sistema de saúde.
- Reestruturação dos serviços de saúde pública: fortalecendo a sua componente de intervenção e dotando-o de recursos que permitam ampliar a sua efectividade para segurança dos cidadãos. O nível civilizacional de uma população pode ser avaliada pela qualidade dos serviços de saúde pública.
- Intervenção na comunidade através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC): a realização de acções assentes no conceito da comunidade como espaço de intervenção do sistema de saúde. O desenvolvimento dos cuidados continuados é de tal forma importante que é objecto de um programa próprio, através de intervenções junto da comunidade, particularmente dos grupos sociais mais vulneráveis ou mais isolados.
- Implementação de Unidades Locais de Saúde (ULS): constituem uma visão alternativa da organização dos cuidados, estas unidades continuarão a ser das Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP desenvolvidas e testadas, no sentido de dotar o País de formas diferentes de organização e prestação de cuidados de saúde que possam ser avaliadas e comparadas, que resultarão em sistemas organizacionais mais justos e eficientes.
- Desenvolvimento dos recursos humanos: tem-se verificado até ao momento em Portugal um marcado enviesamento hospitalar e um número insuficiente de profissionais nos CSP, situação que importa inverter. O presente programa propõe medidas arrojadas nesse sentido, valorizando os profissionais que optam pela actividade profissional nos CSP.
- Desenvolvimento do sistema de informação: para que se consiga gerir eficazmente é necessário a existência de programas de informação precisos, pertinentes e em tempo útil.

Apesar de todo o esforço desenvolvido na última década, os CSP continuam deficitários em termos de sistemas de informação adequados à sua realidade. No entanto os sistemas de informação já existentes permitem um registo adequado da informação clínica do utente, com cruzamento, ainda que deficitário entre o programa Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e o programa Sistema de Apoio ao Médico (SAM). A interligação da informação do utente entre os CSP e os cuidados hospitalares são deficitários em alguns e inexistentes noutros.

- Mudança e desenvolvimento de competências: a sustentabilidade de um sistema assenta, entre outros factores, na motivação, competência técnica e capacidade de desenvolvimento profissional dos seus intervenientes. É imprescindível assegurar que os profissionais de saúde que abracem o novo modelo de organização de cuidados de saúde tenham à sua disposição condições de formação profissional que lhes permitam encarar os desafios com segurança, confiança e satisfação (MCSP, 2007).

Estas mudanças assentam num novo modelo de prestação CSP, de tal forma que se poderá dizer, que a sua expansão faz-se aplicando-o progressivamente a todas as estruturas de prestação de cuidados de saúde. Estas mudanças caracterizam-se essencialmente pelo fácil acesso por parte da população inscrita a CSP de qualidade; a co-responsabilização por parte dos profissionais na prestação de cuidados de saúde à população inscrita, adoptando um modelo de intersubstituição; um forte espírito de equipa e de organização dos profissionais, em relação a um projecto comum, estimulado por novas formas de remuneração associada ao desempenho e por incentivos institucionais; a contratualização do desempenho, indicadores e objectivos num plano de acção negociado entre a equipa multiprofissional e o ACES; um forte investimento na promoção da saúde da comunidade e a melhoria contínua da qualidade através de hierarquias técnicas e da governação clínica (MCSP, 2007).

No início de 2006, após uma série de reuniões entre a MCSP e as ARS, foi publicado o despacho normativo que aprovou o regulamento para lançamento e implementação das USF, definindo: o conceito deste tipo de unidades de saúde, o processo de candidatura, a constituição da equipa multiprofissional, a mobilidade profissional, o compromisso assistencial, os níveis de desenvolvimento das USF, os regimes de trabalho e remuneratório, avaliação e acompanhamento, as condições de implementação, instalações e equipamentos e, o treino, ensino e inovação.

Estava lançada a reforma nos CSP, tendo as USF como a sua face mais visível, com estas a assumirem “uma magnitude e importância críticas para o futuro do SNS e para a sustentabilidade do sistema de saúde português” (OPSS, 2006, p.61). Sem dúvida que esta reforma conduziu a um caminho de mudança, colocando múltiplos desafios à cultura organizacional de saúde em Portugal.

O ano de 2006 ficou também marcado pela apresentação de vários documentos elaborados pela MCSP: indicadores de desempenho das USF, o que iria permitir a monitorização, avaliação e

contratualização das USF com o objectivo de obter melhores desempenhos e resultados em saúde; o glossário das USF, destinado a compilar, definir e clarificar determinados termos e expressões; o guião de apoio à preparação de candidaturas a USF, de forma a uniformizar e facilitar o processo de candidatura; carteira de serviços das USF, que definiu a carteira básica de serviços e eventuais carteiras adicionais que podiam ser contratualizadas anualmente (OPSS, 2007).

Decorrente do trabalho já realizado pela MCSP no âmbito desta reforma e em virtude de dar continuidade a este processo, foi prorrogado o mandato desta entidade por mais 2 anos, através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 60/2007 de 24 de Abril. Na sequência desta decisão, foi publicado o Plano Estratégico da MCSP para a reforma nos anos de 2007 a 2009, que apresentou como principais linhas estratégicas a sustentabilidade e viabilidade do novo modelo organizacional nos CSP, através de melhor qualidade e mudança organizacional, apostando na liderança e autonomia dos futuros ACES, na melhoria da acessibilidade, na avaliação e monitorização das USF e posteriormente do ACES e na utilização adequada das tecnologias de informação e comunicação. Determinou também uma prática assente numa governação clínica e gestão do conhecimento, isto é, na melhoria da qualidade dos serviços bem como na aposta numa rede de partilha de conhecimentos e na formação dos profissionais. Por último, para dar resposta à sustentabilidade e desenvolvimento dos serviços, apontou-se a criação de um programa de acreditação para as USF, fazendo também referência aos estudos que demonstraram os ganhos em termos financeiros com a sua implementação (MCSP, 2007).

Numa análise à reforma em curso nos CSP e até ao presente, o OPSS (2007) no Relatório de Primavera 2007 apontou como aspectos positivos: a prioridade política quer do MS, quer do Primeiro-Ministro; o trabalho desenvolvido pela MCSP mostrando uma estratégia clara, com uma adequada política de informação e monitorização dos passos em execução; a articulação da MCSP com as universidades para a evidência científica e fundamentação das medidas propostas; a reforma iniciada pelo *descongelamento* organizacional, propícia a uma boa adesão dos profissionais; uma aposta na autonomia contratualizada das unidades prestadoras, na gestão por objectivos e na orientação para a governação clínica; o modelo de contratualização privilegiava a abordagem por indicadores qualitativos; a adesão voluntária dos profissionais e fomento do trabalho em equipas multiprofissionais; os ganhos em cobertura assistencial a cidadãos até agora privados da sua inscrição em médico de família; o desenvolvimento a nível dos sistemas de informação; a existência de uma ERA de proximidade; os dados de desempenho relativos ao regime remuneratório experimental quando comparados com os centros de saúde tradicionais mostraram que se conseguiria melhor eficiência; a génese de uma base de dados nacional de indicadores que, apesar de ainda estar em fase de construção permite às USF e agências a monitorização do seu desempenho.

Ainda no Relatório Primavera, são identificados alguns constrangimentos verificados ao longo deste processo: a inexistência de uma política orçamental destinada ao financiamento próprio para

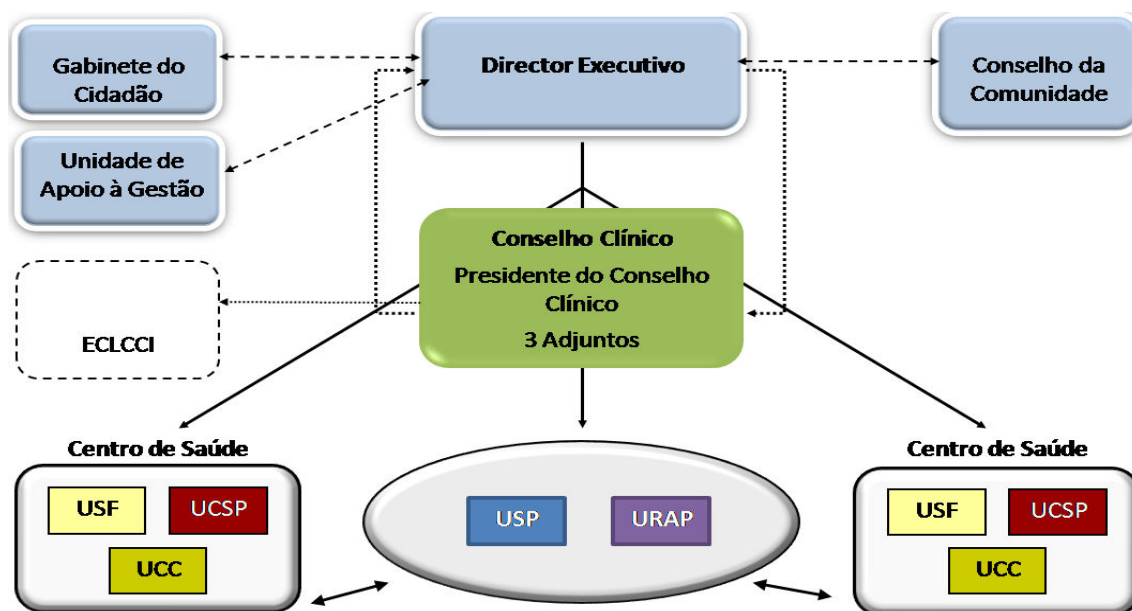


a implementação e sustentação do processo de reforma em curso; atrasos por parte das ARS na implantação da reforma nomeadamente nas medidas conducentes à extinção das SRS e na imaturidade da discussão sobre a implantação dos ACES; uma rede informática da saúde obsoleta, a necessitar da urgente reformulação e implementação de banda larga em toda a sua extensão; a deficiente gestão da comunicação com as populações no que respeita ao processo de encerramento dos serviços de atendimento permanente e das urgências hospitalares; a assimetria geográfica verificada nas candidaturas a USF; a criação de ULS colocando os CSP numa situação de gestão partilhada com os hospitais; diferentes tempos no desenvolvimento do processo de contratualização, durante o ano de 2006, que resultou em apenas duas ARS.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, veio estabelecer o regime da criação, estruturação e funcionamento do ACES do SNS. São definidos como

serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. A constituição dos ACES prevê a sua organização em unidades funcionais: USF; UCSP; UCC; USP e URAP. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, sendo o ACES o pólo agregador destas várias unidades prestadoras (OPSS, 2008, p. 137).

**Figura 1** – Estrutura Orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde



**Fonte:** Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2009

A Figura 1 esquematiza de uma forma sucinta a estrutura orgânica do ACES, na qual podemos verificar que dentro de cada ACES encontram-se em funcionamento várias unidades funcionais



(UF). Analisando sucintamente cada uma das novas UF, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, tendo uma dimensão idêntica à prevista para as USF, integrando os profissionais que não estão organizados em USF (MCSP, 2009).

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A Unidade de Saúde Pública (USP), tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Funciona como observatório de saúde da área geográfica onde se insere (MCSP, 2009).

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais referidas e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. Congrega vários profissionais, com competências diversas, nomeadamente médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos que estejam ou venham a ser integrados no ACES (MCSP, 2009).

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG) tem funções de planeamento e controlo de gestão, bem como funções administrativas e interface com serviços partilhados, exercendo: o planeamento e controlo de gestão, a gestão orçamental do ACES; a análise económico-financeira dos projectos de investimento; o apoio à elaboração e avaliação do orçamento-programa das USF, e à acreditação de qualidade e desenvolvimento organizacional dos ACES.

São ainda órgãos do ACES o director executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade. O GCRCSP (2009, p. 26) considerou que os ACES “não são um fim em si mesmo, mas essencialmente um conjunto de instrumentos como a governação clínica (back-office, que diz pouco às pessoas) destinados a assegurar que a prestação de cuidados de saúde funcione bem e com qualidade”. Representavam assim uma nova fase da reforma que traria aos CSP uma melhor prestação de cuidados, através de uma melhor organização, consolidada numa maior descentralização da decisão e autonomia.

No Relatório Primavera, o OPSS (2009) apontou a implementação dos ACES como um factor importante para o desenvolvimento da governação clínica e de saúde, num processo de desenvolvimento contínuo da qualidade em saúde. O OPSS (2010), no Relatório Primavera fez o

ponto de situação da reforma nos CSP em Portugal, na qual foram implementados 68 ACES sem que fossem precavidas condições essenciais ao desempenho da sua missão e ao cumprimento do espírito da reforma. Aguardava-se a criação e o desenvolvimento de mecanismos e condições para que se implementasse uma governação clínica no seio dos ACES, pelo que seria essencial ter-se capacitado a ERA com recursos e competências necessárias para acompanhar a implementação das diferentes unidades funcionais e dos próprios ACES. Neste sentido, há ainda muito a fazer: estimular a expansão das USF; implementar e desenvolver progressivamente os ACES, promovendo a sua autonomia de gestão; continuar a investir nos sistemas de informação; reduzir as desigualdades de acesso; rever a articulação com os hospitais; ajustar o modelo da reforma para o interior do País, onde a população e os recursos de saúde são mais dispersos (OPSS, 2010).

Numa abordagem ao passado, presente e futuro da reforma dos CSP, Pisco (2010) considerou que as grandes dificuldades da MCSP aconteceram nos momentos que antecederam a abertura da USF, a criação e implementação dos ACES e as duas renomeações da unidade de missão. Numa análise SWOT à reforma, o mesmo autor apontou a inovação e a coragem política, a ostentação colocada nos sistemas de informação e comunicação, o modelo de contratualização, da avaliação de desempenho e da política de remuneração e incentivos ligados ao desempenho como pontos fortes. Como aspecto de maior fragilidade, apontou o clima de desconfiança que se gerou num ambiente de reestruturação da Administração Pública, relativamente a esta reforma dos CSP. Considera como ameaças a instabilidade política e a crise financeira, esta, no seu ponto de vista, pode ser considerada uma oportunidade, visto que a evidência internacional de que a relação custo/benefício que se obtém com CSP melhor organizados representa uma melhor eficiência, bem como ganhos em saúde e melhor satisfação dos profissionais e utentes. No seu ponto de vista, os CSP “têm particularidades muito específicas, se queremos que se desenvolvam, progridam, que sejam apoiados, possivelmente será necessária uma estrutura própria para o fazer” (Pisco, 2010, p. 13).

Para muitos esta reforma dos CSP é considerada um acontecimento extraordinário. No relatório do GCR CSP, pode ler-se “a evidência existente, ainda que pontual e dispersa, aponta consistentemente para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e uma acrescida satisfação por parte de todos os que têm intervenção neste processo” (GCR CSP, 2009, p.3). A reforma da saúde na actualidade é um dos mais relevantes processos de mudança a decorrer no País que, continuando a ser bem sucedida, acarretará importantes benefícios para a saúde e para a qualidade de vida e bem-estar dos portugueses.

Após finalização da explanação histórica da saúde em Portugal, evolução e reforma dos CSP, procurarei no ponto seguinte fazer uma breve referência às USF, considerada como o impulso da nova reforma dos CSP

## **2- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: O IMPULSO DE UMA NOVA REFORMA**

Como mencionado no capítulo anterior, o programa do XVII Governo Constitucional veio introduzir mudanças relevantes para a saúde, nomeadamente a nível da reestruturação dos centros de saúde, que passou pela criação e implementação das USF através da Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005 de 12 de Outubro.

A implementação das USF surgiu como fruto da experiência da medicina geral e familiar nos últimos anos e também associada a uma prática emergente e decisiva no futuro dos CSP, a enfermagem de família. A USF é considerada a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares nos cuidados de saúde, identificada em lista de utentes, por inscrição nos respectivos médicos de família e associada a um enfermeiro de família tendo em conta a área geográfica de residência do utente e família.

Covita (2006) definiu nove dimensões estratégicas essenciais para as USF: a procura de cuidados de saúde, exigindo uma prestação com qualidade e segurança; a carteira de serviços, ajustada às características da população; as competências e conhecimentos adequados aos objectivos e metas propostos; constituição de uma equipa coesa com liderança e coordenação; painéis de monitorização, no intuito da consecução dos objectivos; sistemas de informação que disponibilizem informação ajustada; rotinas que simplifiquem os circuitos dos processos de trabalho e contacto humano e a satisfação dos utentes.

A 1 de Março de 2006 abriu a primeira fase de candidaturas para a constituição das USF. No final de Maio do mesmo ano, reportavam-se 101 candidaturas, envolvendo quase 2000 profissionais de saúde e cobrindo 1.203.013 utentes, mais 160.028 do que o modelo anterior (OPSS, 2006). As primeiras USF entraram em funcionamento meio ano mais tarde, com um maior número no litoral e Norte do que no interior e Sul do País.

No plano jurídico, o ano de 2007 ficou também marcado pela publicação do regime jurídico da organização e funcionamento das USF, pelo Decreto-lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, com a definição do regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a imputar aos elementos que integrem as USF de modelo B. Para além de consagrar o disposto no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, a redacção introduzida pelo Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro, acrescenta: a definição dos princípios da estrutura orgânica das USF; a apresentação dos conceitos e critérios no que concerne ao coordenador da USF, que é o médico identificado na candidatura e designado pela equipa; conselho técnico constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos CSP, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional; conselho geral que é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional na qual deve constar o seu funcionamento no

regulamento interno da USF; a abordagem dos recursos físicos, técnicos, humanos, e financeiros assim como os processos inerentes à extinção das USF, substituição e integração de elementos da equipa multiprofissional.

O Decreto – Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, veio consagrar a prática do enfermeiro de família, sendo atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica, de acordo com o artigo 9º, ponto 2 do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. O enfermeiro tem como objectivo trabalhar com as famílias, de forma a capacitá-las para o desempenho adequado e eficiente das suas funções, com uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros da comunidade, sendo responsável por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias. A prática de enfermagem familiar é uma área em desenvolvimento e constituirá no futuro uma dimensão significativa dos CSP, isto porque os enfermeiros promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, [ICN], 2008).

Segundo o mesmo Decreto-Lei, as USF devem orientar a sua actividade pelos seguintes princípios: conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objectivos de eficiência e qualidade; cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde; solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional; autonomia, que assenta na auto organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção; articulação, que estabelece a necessária ligação entre a actividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do ACES; avaliação, que visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de colocar em causa os objectivos do plano de acção e por uma gestão participativa, a adoptar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional.

Posteriormente foi publicado o Despacho n.º 24 101/2007 de 22 de Outubro, que veio definir os três modelos de organização das USF (A, B e C), de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização. O Modelo A, corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, constituindo um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Este modelo compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública. Quanto ao Modelo B, aplica-se a equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde

familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente, bem como incorporar um processo de acreditação num período máximo de três anos. Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais. O Modelo C traduz um modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter complementar relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir, definidas em função de quotas estabelecidas pela ARS e face à existência de cidadãos sem atribuição de médico de família. Abrange as USF dos sectores sociais, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, também com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.

Em Outubro de 2007, foi publicada a Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro que estabelece a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF. A carteira básica de serviços, enquanto compromisso assistencial nuclear, seria aplicável a todas as USF, independentemente de estarem constituídas sob o modelo organizacional A, B ou C. Sem pôr em risco a concretização do núcleo base de cuidados (carteira básica de serviços), e em função das necessidades identificadas dos utentes e da disponibilidade de recursos humanos e técnicos da USF, poderá ser contratualizada a prestação de cuidados de saúde adicionais.

A Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados. Aplica-se a todos os modelos de USF, com excepção da matéria relativa a incentivos financeiros, atribuídos apenas à equipa multiprofissional inserida em USF de modelo B.

Um estudo realizado entre Dezembro de 2009 e Fevereiro de 2010 pela Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN), com o objectivo de conhecer o estado actual da reforma dos CSP em Portugal e o desenvolvimento estrutural e organizacional das USF na perspectiva dos coordenadores destas unidades, apontou como pontos fracos: um processo de contratualização pouco transparente e insuficientemente equilibrado, podendo conduzir a um clima de instabilidade e desmotivação nas USF; a existência de sistemas de informação desadequados, insuficientes e sem capacidade de monitorizar os indicadores de contratualização, a manutenção de problemas estruturais importantes a nível das instalações, equipamentos e dos recursos humanos; a insuficiente implementação de manuais de boas práticas em todas as USF e falhas importantes de articulação entre USF e os respectivos ACES. Por outro lado, como pontos fortes apresentou: a satisfação dos profissionais com a actividade desenvolvida pela sua USF; a elaboração dos manuais de articulação entre USF e ACES; a procura de qualidade por parte das USF e a satisfação dos profissionais e utentes (Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional, [USF-AN], 2010).

A USF tem por missão manter e melhorar o estado de saúde dos utentes inscritos, através da

prestação de cuidados de saúde gerais, de primeira linha, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sociofamiliares dos utentes, incluindo os cuidadores informais. Esta responsabilidade focaliza-se de modo especial num grupo de cidadãos que, em geral, varia entre 4000 e 18 000 utentes inscritos livremente na USF. Estes limites são indicativos, podendo ser ultrapassados em função de circunstâncias geodemográficas ou dos recursos disponíveis. A lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, que corresponde em média a 1550 utentes de uma lista padrão normal. As unidades referidas são calculadas da seguinte forma:

- O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5;
- O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2;
- O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5.
- A multiplicação será realizada pelo factor 1 para todos os restantes que não se enquadrem nas faixas etárias anteriores.

A USF é constituída por uma equipa voluntária e multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Cada equipa desenvolverá os instrumentos de coesão e de acção, nomeadamente: os planos individuais explícitos e discutidos na equipa; o plano de equipa acordado, explícito, negociado com a direcção técnica e orientado para a satisfação das necessidades dos utentes; definição de áreas de contratualização; indicadores de monitorização; avaliação do desempenho da equipa, de acordo com os parâmetros e objectivos definidos nos respectivos planos (DGS, 2002).

A organização do trabalho numa USF deve garantir uma boa acessibilidade aos utentes, nomeadamente através de resposta no próprio dia e de marcação de consulta para hora determinada. O horário de cada unidade é das 8 às 20 horas, todos os dias úteis, podendo em situações fundamentadas ser prolongado até às 24 horas em dias úteis e entre as 8 e as 20 horas aos fins-de-semana e feriados. O horário de cada médico e enfermeiro deve ser, preferencialmente, desfasado, de modo a que ao longo da semana cubra o leque das 8 às 20 horas, embora seja fixo segundo os dias da semana. Para maior facilidade de gestão, é desejável que todos os médicos dediquem a mesma carga horária semanal para prestação de cuidados de saúde à lista de utentes, incluindo consulta geral de adulto, consultas individualizadas a grupos específicos (planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, grupo de risco hipertenso e diabético) e consultas no domicílio (DGS, 2002). Deve ser explicitado no horário o tempo para actividades de apoio à gestão clínica (registos clínicos, revisão de procedimentos e práticas, reuniões de equipa e de serviço,...).

Cada médico e enfermeiro de família é responsável pela prestação de cuidados aos seus utentes contudo, o corpo clínico e restante equipa profissional devem intersubstituir-se no caso de ausência de qualquer um dos elementos, de modo a garantir a continuidade da prestação de

cuidados aos inscritos nas listas da USF. A equipa multiprofissional deve potenciar aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir ainda para o estabelecimento de uma relação estável profissional e interpessoal.

Uma das expressões da boa acessibilidade e concretização da equidade no acesso aos CSP é o trabalho em equipa desenvolvido nas USF, o qual deve ser promovido e valorizado, numa concepção aberta e flexível, adaptando os seus modelos de funcionamento às necessidades dos utentes da sua área de influência. Para este efeito dever-se-á considerar, em especial, horários de trabalho dos cidadãos activos, podendo ser indispensável alargar a oferta de cuidados de saúde programados e regulares, em particular a introdução de tempos de consultas em horário pós laboral (MCSP, 2007).

Cada unidade é responsável pela prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade.

No ponto subsequente será abordado pormenorizadamente o processo de contratualização na saúde e especificamente nos CSP.

### **3- O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE**

Vários Países Europeus partilham os mesmos objectivos para o sistema de saúde: acesso universal a toda a população, cuidados eficientes, melhores resultados, cuidados prestados com qualidade e resposta às necessidades dos cidadãos atempadamente. Todavia, os sistemas de saúde da Europa, e não excluindo Portugal, têm sido confrontados com importantes desafios, devido fundamentalmente à necessidade de garantir a sua sustentabilidade e à carência de fundos que poderão colocar em causa a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Para que tal não aconteça são conseqüentemente criadas novas e complementares formas de financiamento, salvaguardando nos seus princípios gerais, o modelo inicial adoptado por cada País (Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde, [CSFSNS], 2007).

Da análise realizada aos vários modelos de financiamento possíveis, e das medidas de reforma adoptadas nos diferentes Países, torna-se claro que não existe uma fórmula única e universal para a manutenção de um sistema de saúde que seja financeiramente sustentável, geral, equitativo e de qualidade. Em larga medida, o que se observa actualmente, decorre do percurso histórico de cada País. Na maioria dos Países desenvolvidos tem-se verificado uma tendência para a adopção de políticas de contratualização com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com o propósito de assegurar a manutenção dos princípios básicos de sustentação dos sistemas de saúde, nomeadamente o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na prestação de cuidados (OPSS, 2006). Em Portugal, tem-se registado uma progressiva separação dos papéis de financiador, regulador e prestador, assumindo o Estado os dois primeiros, e delegando a prestação noutras entidades, mediante mecanismos de contratualização (CSFSNS, 2007).

A nível dos CSP, vários Países tem enveredado pelo mecanismo da contratualização, com o objectivo de melhorar a prestação de cuidados; obter resultados mensuráveis; aumentar a autonomia de gestão e descentralização da tomada de decisão para os gestores; utilizar a concorrência para aumentar a eficácia e a eficiência e também para permitir que os governantes se concentrem mais noutras funções nas quais estão em situação privilegiada, tais como planeamento, definição de normas, regulação e financiamento.

Os objectivos da contratualização de serviços de saúde contribuem para uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde das populações e à prestação de cuidados de saúde mais eficaz e eficiente. Segundo Savas e colaboradores (1998, cit. In Escoval, et al., 2007, p. 4)

...a racionalidade da separação entre aquisição e a prestação de serviços de saúde, subjacente a um processo de contratualização, é descrito em cinco pontos principais: os serviços devem ser melhorados ligando planos e prioridades à alocação de recursos; as necessidades em saúde e expectativas dos cidadãos devem ser tidas em conta; os incentivos financeiros e os



instrumentos de monitorização podem melhorar a performance dos prestadores; a separação de funções pode diminuir a rigidez administrativa; a separação de funções pode ser usada para introduzir concorrência ou contestabilidade entre prestadores públicos e usar mecanismos de mercado que melhoram a eficiência.

A contratualização pode assim ser vista segundo duas abordagens: primeiro, como um instrumento de planeamento e de gestão dos cuidados de saúde, tanto em ambientes competitivos como não competitivos; segundo, como um instrumento que permite efectuar uma escolha não informada dos prestadores, sendo comum em ambientes competitivos, com o objectivo de estimular a competitividade relativamente ao pacote de serviços de saúde.

Num processo de contratualização, independentemente do contrato em vigor, está implícito um sistema de pagamento (incentivos) ou penalizações pelos serviços prestados. O modelo de pagamento pode ser retrospectivo, no qual a base do pagamento é a despesa verificada no passado, não se constatando uma relação directa entre o financiamento com a produção e o desempenho, e prospectivo (Costa, Santana & Boto, 2008), no qual se conhece antecipadamente o tipo, volume e preços dos serviços a prestar e, por isso, melhora a eficiência técnica bem como a contenção de custos (Costa, 1990). Ambos os modelos podem potenciar efeitos benéficos e adversos a nível dos incentivos, pelo que, independentemente do modelo adoptado é importante ter em atenção as características específicas do sector da saúde, quando se pretende introduzir uma metodologia de incentivos na prestação de cuidados (Tomás & Moreira, 2010). Aliás, a investigação sobre incentivos não é unânime em considerar uma forma ideal para a atribuição e implementação desses incentivos, requerendo cautela neste âmbito. Actualmente, vários Países têm desenvolvido um modelo de incentivos com base num sistema de capitação (remuneração ao profissional de saúde, assente num pagamento fixo por cada utente inscrito na sua lista).

Neste sentido, o processo de contratualização deve ser concebido atempadamente, acompanhando a separação financiador-prestador, bem como a maior autonomia organizacional e de gestão facultada aos prestadores. O seu sucesso requer um quadro facilitador de uma gestão contínua, assente na inter-relação e no diálogo, na qualificação técnica e motivação dos profissionais. O processo de contratualização do desempenho, quando explícito e transparente, é susceptível de acrescentar ao espírito de missão dos serviços públicos a eficiência (boa utilização dos serviços públicos) e qualidade (de atendimento, boas práticas e resultados) e a sua prática implica inteligência, rigor e sofisticação na concepção dos sistemas de incentivos ideais. Assim, a contratualização não é um processo linear, assenta em várias fases que se repetem ciclicamente: previsão e estimativa das necessidades e cuidados de saúde; a recolha de dados do histórico referente à produção, eficácia e eficiência dos serviços e propostas realistas para os anos em discussão; a recolha de opiniões e expectativas dos cidadãos e utilizadores dos serviços; a negociação na atribuição e distribuição de recursos; o acompanhamento da execução do contratado (incentivos e penalizações); a avaliação dos ganhos em saúde e bem-estar e a

produção e divulgação do conhecimento/informação ao longo das etapas. Partindo das necessidades de saúde dos cidadãos, visa defender os seus interesses, gerindo os recursos públicos destinados à saúde eficientemente e garantindo equidade nos cuidados prestados (OPSS, 2003).

### **3.1- O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários**

Apresentados os aspectos da contratualização num contexto geral, pretende-se agora abordar os aspectos da contratualização nos CSP, em Portugal. Na segunda metade da década de noventa, inicia-se um modelo de distribuição dos recursos às instituições e serviços do SNS que pretendia transferir “o centro de decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central, para a relação dinâmica (quase) contratual entre os agentes, designada por contratualização” (OPSS, 2003, p.71). O desenvolvimento do processo de contratualização, fruto da decisão do MS em enveredar por um novo ciclo político com mudanças estruturais a nível dos CSP, teve como principal impulso o movimento reformista, verificado no Reino Unido e em Espanha (Escoval, 2003).

A situação que se verificava no País com o aumento das despesas em saúde, devido a factores como o envelhecimento da população e a mudança epidemiológica, associada ao aumento das doenças crónicas e degenerativas, patologia oncológica e incapacidade, conduziram a uma maior solicitação de cuidados assistenciais curativos e paliativos e expectativas das populações face à saúde. O exercício de uma medicina *defensiva*, que recorre a tecnologia cada vez mais dispendiosa e a excessiva *medicalização* de factores de risco e de situações fisiológicas (Meireles, 2008), levou a uma derrapagem dos orçamentos das instituições públicas, sem que tivessem o suporte ou instrumentos adequados para intervir decisivamente.

Neste sentido, a necessidade de um maior grau de responsabilização dos gestores e intervenientes na gestão das unidades de cuidados de saúde, bem como de promover ganhos mais elevados de eficiência, conduziu, à introdução da contratualização, viabilizando um compromisso entre os resultados estimados e os meios requeridos para os atingir. Este processo de contratualização visava melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de serviços, sendo, por isso, indutor de um maior sentido de exigência e de responsabilidade para os profissionais, e acarretando maiores responsabilidades para a administração em saúde, com capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumindo a diferença e apostando em boas práticas (Escoval, et al., 2008).

De forma a contribuir para uma melhor capacidade de resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos, a partir de 1996/1997, surge o processo de contratualização, através da criação das agências de contratualização, inicialmente designadas por agências de acompanhamento (Escoval et al, 2008). Com este sistema, pretendia-se flexibilizar e dar maior capacidade de

inovação e mudança à administração em saúde, da introdução de mecanismos empresariais e da centralidade do cidadão. A aposta residia na separação das funções de financiamento e de prestação de cuidados. No entanto por questões políticas, o processo foi perdendo força a partir do ano de 2000, as agências de contratualização ficaram de alguma forma esquecida (OPSS, 2003)

Em 2005, com a entrada do XVI Governo Constitucional, iniciou-se uma tentativa de rentabilização das agências de contratualização, o que gerou o renascer da contratualização, estabelecendo-se como uma das prioridades do executivo, a introdução da contratualização com os serviços do SNS. O Despacho n.º 22 250/2005, de 3 de Outubro, reiniciou o processo de contratualização, praticamente abandonado desde 2000, e reabilitou as agências de contratualização, lançando como objectivos, no âmbito do processo de contratualização: planear a relação oferta/procura dos cuidados de saúde; criar uma base de dados nacional e regional, gerando informação sobre os contratos-programa; acompanhar o orçamento constante do plano de desempenho; monitorizar os objectivos a atingir a curto prazo; avaliar a eficiência, a produtividade e a qualidade das actividades desenvolvidas e fomentar a orçamentação por programas, inseridos na estratégia do Plano de Nacional de Saúde (PNS).

A fim de implementar tais medidas cumprindo os pressupostos enunciados e orientações emanadas, foi criada uma comissão de trabalho constante no Despacho n.º 148 39/2006 de 12 de Julho, com objectivos determinados: a definição do cronograma de actividades relativo ao processo de contratualização, a revisão e aperfeiçoamento dos instrumentos de negociação, do modelo de financiamento e do contrato programa. O processo de contratualização com as USF decorre em paralelo com o desenvolvimento pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), de um sistema de informação capaz de gerir convenientemente todos os *inputs* decorrentes da actividade. A nível dos CSP, o reaparecimento da contratualização ficou intimamente ligado à reforma então iniciada, mais especificamente com a implementação e funcionamento das USF

Este processo de contratualização assentaria em indicadores de processo e de resultado e não na mera contratualização de actividades (por exemplo, número de consultas), o que representava uma diferença significativa face aos conceitos vigentes (OPSS, 2009). Neste contexto de mudança de paradigma, o processo de contratualização com as USF teve início no ano de 2006, efectuando-se a primeira etapa da contratualização, que consistia na negociação directa com um grupo de prestadores de cuidados de saúde sem autonomia financeira e administrativa.

No mesmo ano, o MS e a agência de contratualização dos serviços de saúde, desenvolveram um documento *Matriz de Indicadores a Contratualizar para 2006 e 2007*, no qual constam 49 indicadores distribuídos por 4 classes: Acesso, Desempenho Assistencial, Qualidade Percebida e Desempenho Económico, fruto de um trabalho desenvolvido pela MCSP, intitulado *Indicadores de Desempenho para as Unidades*. Na 1ª etapa da 1ª fase foi escalado um

grupo de 10 indicadores: 3 indicadores de Acessibilidade, 5 indicadores de Desempenho Assistencial e 2 indicadores de Desempenho Económico. As metas a atingir deveriam ser definidas com base na informação histórica dos centros de saúde ao qual pertencia a USF, sendo que, quando não existisse histórico, teria de haver um consenso entre as ambas as partes (MS, 2006).

A avaliação do cumprimento das metas teria uma periodicidade trimestral, de forma automatizada, sem carga de trabalho adicional para os elementos da USF, esperando-se total veracidade de informação existente no sistema de informação utilizado por parte da USF. A contratualização deveria ter consequências, pelo que a avaliação dos resultados finais deveria determinar se a USF teria atribuição, ou não, de um incentivo institucional (pacote financeiro para aplicar em formação, documentação, equipamentos e reabilitação de infra-estruturas). As USF que têm direito ao incentivo institucional deveriam elaborar um plano para a aplicação do incentivo (MS, 2006).

A análise dos resultados da actividade das USF tem por base o sistema de informação desenvolvido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), em colaboração com a MCSP e as ARS, bem como o relatório de actividades, onde constassem os desvios negativos na consecução das metas, ou os motivos que levaram, de uma forma significativa, à superação dos valores contratualizados. Este relatório é elaborado pelas USF nos termos previstos na carta de compromisso.

A avaliação da contratualização com as USF no ano de 2006, tratando-se de um processo de aprendizagem para ambas as partes (agência e USF) foi sendo construído simultaneamente com o desempenho das USF, o que não facilitou o processo de monitorização e a consequente introdução de medidas corretoras, permitindo concluir que apesar de todos os problemas que acompanharam este primeiro exercício, o saldo é francamente positivo (OPSS, 2007).

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), foi introduzido um novo modelo organizacional no MS, sendo que, das várias alterações, se destaca: o reforço de atribuições às ARS e dos seus novos estatutos emergiu a figura de departamento de contratualização (DC) que substituiu a agência de contratualização. Os Conselhos Directivos (CD) das ARS são dispositivos organizacionais que assumem uma função de gestão enquadrados nas ARS, sendo intermediários entre cidadãos e prestadores, dedicando particular atenção à definição de objectivos e à avaliação dos resultados obtidos com base numa gama definida de indicadores.

Em 2007, deu-se início à 2.ª fase da 1.ª Etapa, cada USF contratualizou com o seu DC 20 indicadores para a carteira básica de serviços e um indicador por cada actividade desenvolvida num âmbito de carteira adicional de serviços. A escolha dos indicadores demonstra a preocupação com os grupos vulneráveis e de risco, com o acesso e com a personalização dos cuidados. A componente económica também aqui está presente, focando-se aqui a preocupação com os custos nos medicamentos e nos meios complementares de diagnóstico (Afonso, 2010). De modo a

flexibilizar o processo, considerou-se que deveriam ser contratualizados 20 indicadores, sendo que 15 seriam comuns a todas as USF e os restantes 5 seleccionados pelas USF dentro dos indicadores disponibilizados (MS, 2006). O modelo contemplava ainda a aplicação de um instrumento de recolha de dados sob a forma de questionário para a avaliação da satisfação dos utentes. Para esta 2.<sup>a</sup> fase estaria previsto que cada USF elaborasse um plano de acompanhamento interno que deveria ser construído com o apoio da ERA, no âmbito do processo de acompanhamento, a fim de avaliar o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos e as não conformidades associadas, iniciando assim um processo de auto-avaliação que conduziria a USF a uma acreditação (MS, 2006).

Ainda no ano de 2007, foi lançado um estudo intitulado *Análise dos Custos e Sistema de Remuneração e Incentivos das Unidades de Saúde Familiar*. Este concluiu que a implementação de 34 USF em 2007, por comparação com centros de saúde ditos *convencionais* permitiria um impacto orçamental na redução das despesas na ordem dos 9 milhões de euros por ano, montante ao qual falta reduzir os acréscimos de vencimentos decorrentes das alterações remuneratórias que viriam a ser implementadas (Gouveia, Silva, Oliveira & Miguel, 2006).

Em 18 de Abril de 2008, foi publicada a Portaria n.º 301/2008, que veio regulamentar o processo de contratualização e de atribuição de incentivos, considerando que a contratualização de metas de desempenho com as USF deveria conduzir, por si só, a esforços tangíveis na melhoria dos níveis da acessibilidade, dos desempenhos assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas pelos ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde. A gestão por objectivos decorrentes do processo de contratualização determina a aplicação de incentivos às equipas de saúde e aos profissionais que as integram associados aos mecanismos de avaliação. O regime de incentivos foi estabelecido no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, o qual consagra o direito aos incentivos institucionais a todos os modelos de USF, bem como define a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF enquadradas no modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das actividades específicas e os dos restantes profissionais, enfermeiros e pessoal administrativo integrados na compensação pelo desempenho.

Em 2008, em vez de 20 indicadores, as USF passaram a contratualizar 15, sendo 13 comuns a todas as USF e 2 a seleccionar por cada uma delas desde que validados pela ACSS. Estes indicadores estavam distribuídos em 4 áreas: Acesso, Desempenho Assistencial, Satisfação dos Utentes (anteriormente denominada Qualidade Percebida) e Desempenho Económico.

A contratualização representa um instrumento estruturante indispensável de garantia de autonomia das USF e das novas unidades funcionais que estão a ser criadas nos ACES. Requer adequação conceptual e metodológica geradora de rigor e transparência, flexibilidade e responsabilização. Segundo o Relatório Primavera (2008), existe uma série de factores que

poderiam facilitar ou dificultar o processo de contratualização nos anos seguintes:

...sistema de informação informatizado interoperativo, credível e coerente; integração e orientação para a qualidade e resultados em saúde, em oposição a burocratização e componente estratégica baseada exclusivamente em objectivos financeiros; qualificação e profissionalização de gestão; monitorização e acompanhamento do compromisso contratualizado; transparência no estabelecimento de metas e objectivos; adequação de indicadores e metas que reflectam as necessidades técnicas versus as necessidades expressas e sentidas pelos utentes e doentes; novos modelos de financiamento integrados entre níveis de cuidados; promoção do empreendedorismo e da procura e implementação de soluções inovadoras; benchmarking e disseminação de boas práticas. (OPSS, 2008, p.153)

A metodologia de contratualização para 2009 seria enquadrada na etapa 2 do processo de contratualização, ou seja, embora já estivesse presente a figura do ACES, esta, durante o primeiro semestre de 2009, estaria em fase de instalação, pelo que a contratualização efectuar-se-ia nos moldes anteriores, ou seja, entre as USF e os DC. Haveria ainda que considerar a existência de ULS, e dado que essas unidades celebravam um contrato programa com o MS, seria importante um representante indigitado pelo seu Conselho de Administração acompanhar o processo de contratualização entre as suas USF e os DC, a fim de reflectir os indicadores contratualizados no contrato programa com a tutela. Em termos de indicadores ocorreram algumas modificações, a nível institucional e a nível financeiro (ACSS, 2009).

O ano de 2009 ficou marcado também pelo reforço e expansão das USF e pela implementação dos ACES. A nível da contratualização, este ano, representa também um ponto de viragem. A fase da negociação directa com as USF terminou e inicia-se um ciclo de contratualização interna e externa, em que o apoio dos DC aos ACES para a consubstanciação da sua autonomia gestonária, seria fundamental para a necessária adaptação das suas unidades de gestão a uma cultura de excelência, através da governação clínica e da prestação de contas (ACSS, 2009).

Em 2010 iniciou-se a 3.<sup>a</sup> etapa da contratualização, conhecendo dois momentos distintos, sendo que, no primeiro, ocorreu um processo de contratualização interna no qual os ACES negociaram as várias metas com as unidades funcionais e, no segundo, verificou-se um processo de contratualização externa na qual os DC contratualizaram com os ACES, que culminou com assinatura do contrato programa. Neste contexto, a metodologia de contratualização com as USF para 2010 sofreu algumas alterações decorrentes da implementação dos ACES, atendendo ao facto que as USF são unidades funcionais destes, contudo a filosofia dos indicadores, métrica de avaliação, atribuição e incentivos institucionais e financeiros, manteve-se. Importa referir também, que os DC apoiaram os ACES no processo de contratualização interna com as USF e outras unidades funcionais, participaram enquanto analistas nas reuniões de contratualização e

elaboraram uma análise crítica a fim de identificar aspectos a melhorar (ACSS, 2010).

Um estudo realizado pela USF-AN sobre o momento actual da reforma nos CSP em Portugal, concluiu que a contratualização é dos processos mais importantes desta reforma, com 73,1% dos entrevistados a referir que os mecanismos de contratualização são um estímulo para trabalhar com maior qualidade (USF-AN, 2010). O OPSS (2010), no Relatório de Primavera, no período relativo ao final de 2009 e primeiros meses de 2010, refere que sistemas de informação interoperáveis que garantam a simetria e a partilha de informação em tempo útil, são imprescindíveis para um processo de motorização transparente, válido e efectivo, e que as assimetrias regionais não foram consideradas no processo de contratualização como também existe um desfasamento entre as metas e indicadores e a experiência e maturidade das equipas. Por outro lado, persiste um modelo impositivo que se afasta de uma contratualização de base cooperativa, negocial e responsabilizante.

Paralelamente à reforma dos CSP, assistiu-se ao renascer do processo de contratualização, desempenhando um papel primordial, constituindo assim um ponto fundamental no processo de mudança, indutor de uma crescente responsabilização e exigência com vista à consecução de melhores resultados em saúde com maior eficiência.

Posteriormente será feita referência à importância do exercício da enfermagem de família na reestruturação dos CSP e, perceber que contexto vigora em Portugal que permita a prestação de cuidados de saúde ao utente e família baseado na organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica.



#### **4- ENFERMAGEM DE FAMÍLIA NA RESTRUTURAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Neste capítulo será feita uma abordagem relativa ao papel do enfermeiro de família na actual reforma dos CSP, nomeadamente nas USF, para melhor compreendermos de que forma é que os enfermeiros estão a organizar a sua metodologia de trabalho por enfermeiro de família. Optei pela escolha deste título, porque na área da enfermagem, têm sido várias as denominações atribuídas ao envolvimento das famílias nos cuidados de saúde, a opinião é que se deveria optar por uma terminologia que conduza à ideia de um relacionamento colaborativo entre os dois intervenientes neste processo de cuidados de saúde: o enfermeiro e a família. Outras correntes elegem a denominação de enfermagem do sistema familiar, reconhecendo a existência de uma relação complexa entre a dinâmica familiar e um problema de saúde, com impossibilidade de distinguir claramente os efeitos directos de uma sobre a outra. Pode-se observar uma co-evolução, na qual a dinâmica familiar influencia a evolução da doença e esta, por sua vez, influencia a dinâmica da família, num processo contínuo ao longo do tempo.

Na sociedade, a família é a célula vital, é nesta que o indivíduo adquire as suas primeiras competências. É em contexto familiar que o indivíduo, enquanto criança desenvolve o seu processo de socialização primária, preparando-se para a idade adulta e para assumir ao longo do seu ciclo vital estilos de vida que condicionarão de forma determinante a sua vida. Quando a família vivencia situações de saúde/doença, possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar. No entanto, não sendo os enfermeiros responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia, podem tornar-se parceiros e actores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram mudanças mais positivas.

A enfermagem, como profissão, teve a sua origem nos cuidados de manutenção da vida, sempre associados à família, porém a enfermagem de família, como área disciplinar no contexto da enfermagem, é mais recente e tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais, terapia familiar e enfermagem. A integração destas teorias permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de investigação em enfermagem de família. A enfermagem desenvolveu-se a partir da casa dos doentes, onde naturalmente os enfermeiros envolviam os membros da família nos cuidados e a sua prestação de cuidados era centrada na família (Wright & Leahey, 2002). A evolução dos cuidados prestados na comunidade, exigiu enfermeiros uma atenção especial às famílias sendo estas, que muitas vezes asseguram a continuidade de cuidados e que, em muitas situações são os principais prestadores de cuidados (De La Cuesta, 1995).

A enfermagem de família tem as suas raízes na sociedade desde os tempos pré-históricos e surge como arte e ciência, com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional,



permitindo a compreensão de todos os factores que inteiram a unidade familiar (Hanson, 2005).

O enfermeiro de família não actua isoladamente, integra uma equipa multiprofissional e em contexto familiar (Ordem dos Enfermeiros, [OE], 2002). O conceito de enfermagem de família surge do desenvolvimento dos cuidados prestados às famílias no contexto comunitário, em que os enfermeiros acompanham as famílias ao longo do seu ciclo. Nos cuidados de enfermagem prestados à família pretende-se promover a mudança, ajudando a família na identificação e resolução dos seus problemas (Figueiredo, 2008).

No entanto, são vários os estudos que demonstram que, apesar destes desenvolvimentos, a família é ainda vista pelos enfermeiros de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar (Hanson, 2005).

Assim, a enfermagem de família constitui-se como uma área específica da enfermagem, desenvolvida a partir dos modelos de enfermagem, teorias da terapia familiar, teoria das ciências sociais da família, com relevância para as interações entre os elementos da família numa perspectiva sistémica dos cuidados. Com o objectivo de promover a autonomia do sistema familiar, as intervenções de enfermagem devem basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência, adoptando uma filosofia de parceria com a família, visando apoiá-las na procura de soluções para problemas identificados, englobando-a no planeamento, na execução das intervenções e na mudança, numa perspectiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interaccionais, funcionais e estruturais do sistema familiar (Figueiredo & Martins, 2010)

Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais e potenciais que derivam das questões de saúde e dos processos de vida (Wright & Leahey, 2002, cit. In Figueiredo, 2009). Por isso se torna essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição. O enfermeiro de família, caracteriza-se especialmente pela importância deste profissional na prestação de cuidados e apoio à família em contexto domiciliário de forma sistemática e contínua (Silva, 2008).

Em síntese, os objectivos da enfermagem de família direccionam-se sobretudo para o desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável ao longo dos processos de mudança.

Desta forma, ao acompanhar o desenvolvimento das famílias no processo de assistência à saúde e doença, é conhecido o papel privilegiado que o enfermeiro tem nos cuidados de saúde prestados às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem de família (Figueiredo & Martins, 2010).

#### **4.1- Enfermeiro de família: a situação em Portugal**

A nível internacional, nomeadamente no âmbito conceptual de uma política de saúde para todos, aprovado pelo Comité Regional da OMS para a Europa em 1998, foram definidas metas no sentido de permitir a cada Estado Membro implementar estratégias de acordo com a Saúde 21. Foram colocados novos desafios à enfermagem, com vista ao desenvolvimento da enfermagem de família, considerada como uma mais valia na melhoria da saúde, pela sua contribuição à promoção da saúde familiar e colectiva (Figueiredo & Martins, 2010).

É, assim, evidenciado o papel do enfermeiro como gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-activos nos seus processos de vida. Os enfermeiros são referenciados como promotores de saúde, pela facilidade e dinâmica do seu papel no trabalho de proximidade com as famílias. A segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da OMS – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, reforçou o papel primordial dos enfermeiros de saúde familiar nos diversos contextos de saúde, consagrando a sua importância no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde (OE, 2002). Incorporando a filosofia de cuidados centrados na família, verificamos que as práticas de CSP, assentam numa lógica de proximidade e continuidade, reportando-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Em Portugal, desde há alguns anos atrás, e no decorrer da reforma dos CSP, os enfermeiros que trabalham nesta área têm enfrentado enormes desafios, que exigem a afirmação das suas competências e o reconhecimento do seu contributo essencial para a saúde das pessoas, famílias, grupos e população em geral, pelo que esta reforma é uma oportunidade de desenvolver a área de estudo de enfermagem de família (Queiroz, 2009).

A posição da OE (2002), é de que a prática do enfermeiro de família se deve desenvolver no seio de uma equipa multiprofissional, dirigindo-se aos membros da família ou à família como um todo ao longo do seu ciclo vital, desenvolvendo actividades aos três níveis prevenção (promoção da saúde, prevenção e detecção precoce da doença, tratamento e reabilitação), sendo necessário dispensar muito tempo no seu domicílio. Na sequência do exposto, torna-se evidente por parte dos enfermeiros a consolidação de um paradigma teórico que valorize não só a relação mas também a reciprocidade entre a doença ou a saúde e o funcionamento da família, para que a prática de enfermagem se torne mais abrangente, centrando a sua atenção nas famílias.

#### **4.2- A construção de competências do enfermeiro de família**

Tradicionalmente, os enfermeiros cuidavam das pessoas no domicílio em contexto familiar, atendendo com frequência várias gerações. No entanto, esta situação modificou-se quando o núcleo familiar se reduziu e os cuidados se especializaram mais e se orientaram para os hospitais.

Apesar de o conceito de enfermagem familiar ser relativamente recente, a envolvimento das famílias nos cuidados de saúde esteve sempre implícita na enfermagem. Conforme referem Wright e Leahey (2002, p. 2) *“a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes, é natural que envolva os membros da família e forneça cuidados centrados na família”*.

Nos últimos anos, tem sido reconhecido o papel determinante dos CSP com capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos. Nesta perspectiva, o interesse na família está a recuperar a sua importância nos cuidados de saúde, como resultado na mudança da forma como ela é percebida. Assim, o contexto familiar apresenta-se como um contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença sendo reconhecida como a mais constante unidade de saúde para os seus membros. Os enfermeiros ajudam as famílias a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade. A OMS vê estes enfermeiros a trabalhar em conjunto com famílias, comunidade e outros profissionais de saúde, actuando como recurso e sendo elementos chave na sociedade como promotores de saúde.

A Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos para a região Europeia da OMS, reforça a importância da contribuição da enfermagem e, especial ênfase é colocada no enfermeiro de família, como detentor de um papel ao longo de todo o processo de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e protecção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, e de agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde. De igual modo, a aprovação da Declaração de Munique, consignou o papel único desempenhado pelos enfermeiros da Europa, no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde, reafirmando-se o seu papel chave e cada vez mais importante para fazer face aos novos problemas de saúde pública, para assegurar cuidados de saúde de qualidade, preconizando a criação de oportunidades para estabelecer e suportar programas e serviços de enfermagem centrados na família, incluindo o enfermeira de família.

A Saúde 21 reitera que o conceito de família está relacionado com o de domicílio e é identificado como a unidade básica da sociedade. Assim, o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde, tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde. Ao reconhecer que a família é uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente na melhoria da saúde na Região Europeia, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis, vem justificar o desenvolvimento do conceito de enfermeiro de família.

O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da OMS, no nosso País, surge como um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde e a prevenção da doença, com a

actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e, mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais.

O desenvolvimento da intervenção dos enfermeiros de família integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde, enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, exige. Ou seja, o tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho, permitirá que os enfermeiros de família, enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, se articulem com os restantes recursos existentes e procedam ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija.

Decorrente de factores contextuais, como o percurso evolutivo da profissão, o modelo de desenvolvimento profissional e a reforma dos CSP, mais particularmente a reconfiguração dos centros de saúde e implementação e consolidação de USF, reconhece-se a necessidade do enquadramento das intervenções do enfermeiro de família para que a enfermagem incorpore o cuidado à família como objecto específico da sua prática profissional.

De entre as competências apontam-se:

- Considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo;
- Considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família;
- Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;

- Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar (Monteiro, 2009).

#### **4.3- Unidade de saúde familiar: um contexto para a enfermagem de família**

Se atendermos ao contexto que melhor se enquadra para a formação e actuação do enfermeiro de família, facilmente se percebe pelo definido na meta 15 da Saúde 21, que estas se fazem sob o enquadramento da saúde pública e dos CSP. Esta meta estabeleceu que no ano de 2010, as pessoas deverão ter um melhor acesso a cuidados de saúde familiares e orientados para os CSP, suportados por um sistema hospitalar flexível e satisfatório (OE, 2002). Este documento apela ainda ao facto de o enfermeiro de família ser responsável por um grupo de famílias bem definido.

Em Portugal, o Programa do XXII Governo Constitucional, reconhece os CSP como o pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, com particular referência para as USF como as peças centrais do novo modelo, constituindo-se a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo. As USF assumem-se como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais. De igual modo, foi necessário consolidar uma política de desenvolvimento dos recursos humanos, apontando-se, de entre várias medidas, instituir o perfil profissional do enfermeiro de família, o que permitirá aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde familiar.

Neste contexto, o contributo dos enfermeiros para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, assenta, naturalmente, numa lógica de colaboração com outros profissionais de saúde (dimensão interdependente do exercício profissional) e de identificação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções, centradas nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida (dimensão autónoma do exercício profissional).

A Reforma dos CSP, ainda que por vezes nos pareça insatisfatória ou morosa na sua concretização, confere à enfermagem de família uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades da comunidade em matéria de cuidados de enfermagem. Assim se compreende que as escolas de enfermagem, os decisores políticos, os profissionais dos centros de saúde, das USF e os responsáveis pela implementação dos ACES se têm envolvido de forma crescente e sistemática nos estudos sobre a enfermagem familiar.

Como verificamos no capítulo anterior, os CSP, em Portugal, constituem-se como a base do sistema de saúde visando a intervenção de rede e a implementação de equipas multidisciplinares, com orientações específicas no sentido de que a abordagem dos cuidados deverá ser centrada na família e no ciclo de vida. Com o enquadramento legislativo actual dos CSP, estamos perante um modelo direccionado para os cuidados de proximidade efectivados pelas USF. (Figueiredo &

Martins, 2010).

Constatamos que o indivíduo se mantém como unidade de referência, contudo, a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP, leva-nos a admitir que, apesar da descontinuidade nas últimas décadas na evolução do sistema de saúde em Portugal, é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades. Da mesma forma, evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

A complexa tarefa de operacionalização deste modelo organizativo exige uma articulação eficaz entre um vasto conhecimento e competências que denuncia a importância da articulação entre os processos formativos dos enfermeiros em relação à enfermagem de família e os processos de tomada de decisão política em relação à sua efectivação.

## **PARTE II**

### **MATERIALIZAÇÃO DO PROJECTO**

O planeamento do projecto é visto como um método contínuo e dinâmico que impõe um diagnóstico de situação, planificação dos problemas identificados, avaliação das intervenções e dos resultados e implementação de medidas correctoras, caso se justifiquem. Actuar de forma planeada e proceder à respectiva avaliação da actuação, constituem ferramentas de modernização das organizações.

O planear consiste em projectar uma mudança, antecipar conceptualmente uma realidade desejável, prever as etapas necessárias de transformação dessa realidade e os caminhos a percorrer pelos agentes, identificar os factores que afectam o processo e os modos como se pode intervir sobre eles, escolher as acções correspondentes e mobilizar os meios necessários para que a mudança desejada ocorra de facto no sentido projectado. (Capucha, 2008, p. 13)

É apresentada de seguida e de forma ordenada, a execução do projecto da instituição de saúde objecto de estudo, caracterizando-a num contexto de estudo, procedendo ao levantamento das necessidades e problemas e delineando os procedimentos adoptados durante as várias fases da elaboração do projecto, com vista à mudança face à situação diagnosticada dentro de um prazo de tempo definido e com mobilização de recursos julgada necessária.

No início desta Parte II será feita uma abordagem à análise de situação deste projecto. Tratando-se de um projecto na área da saúde e da prestação de cuidados, considera-se pertinente a realização de uma análise SWOT que evidencie os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças do ambiente externo e interno no contexto actual da organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica. Será também elaborado um diagrama de causa e efeito de Ishikawa, no formato *espinha de peixe*, com o devido enquadramento, no qual o efeito desejado é a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica, no âmbito da reforma dos CSP. Posteriormente será feita uma breve caracterização da realidade em Portugal, nomeadamente a evolução ocorrida relativamente à prestação de cuidados em enfermagem, o número de USF, profissionais de saúde envolvidos e uma caracterização do contexto do estudo e recursos existentes. De seguida, será feita a descrição das actividades incluídas no plano de acção, a concretização das mesmas e, por último, uma abordagem às perspectivas de continuidade e conclusão.

## 1- ANÁLISE DE SITUAÇÃO

“O diagnóstico de situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade” (Fernandes, 1999, p.235) e constituiu um pré-requisito ao prosseguimento das etapas seguintes. “É nesta etapa que se identificam os problemas, suas causas e evolução e determinam-



se as necessidades” (Fernandes, 1999, p. 235), através da recolha de informação estruturada e orientada com base num modelo teórico sobre a eficácia das organizações. Trata-se de uma etapa da metodologia de projecto que contempla a detecção de necessidades, embora não se reduza a esta dimensão de conhecimento; traduz-se numa conceptualização mais ampla que a identificação de problemas. Pressupõe de igual forma, a identificação de potencialidades e recursos do meio de intervenção, nomeadamente os disponíveis para a operação em causa.

Pretende-se que, na realização de um projecto, seja importante obter um conhecimento integral do contexto que se pretende trabalhar. Assim, nesta fase, são identificados os problemas, as suas causas e respectiva evolução, e determinam-se as necessidades, o que implica atenção e rigor. O diagnóstico de situação assume um carácter permanente que se traduz numa pesquisa e acção pelo aprofundamento a que se associa. “Um diagnóstico de qualidade é a primeira condição de um bom projecto” (Capucha, 2008, p, 17).

As necessidades podem ser classificadas em expressas e não expressas, sendo que, estes factores podem variar de acordo com o contexto sócio-económico e o tipo de organização (Ruivo & Ferrito, 2010). De forma a encontrar as necessidades existentes, surgem vários modelos e técnicas de análise, no entanto, dos vários modelos existentes não se poderá considerar que exista um modelo ideal, pois cada um é utilizado de acordo com a natureza do estudo e o contexto de desenvolvimento do projecto.

Os modelos utilizados na elaboração do diagnóstico de situação, mais concretamente na identificação das necessidades às quais se pretende dar resposta, é o modelo de análise SWOT, fundamental na avaliação do ambiente externo e interno do contexto geral e actual da criação e implementação do enfermeiro de família e, o diagrama de causa e efeito de Ishikawa ou modelo espinha de peixe, que se apresenta como um instrumento de qualidade eficiente na identificação de causas e efeitos relacionados com problemas detectados na organização, trata-se de um esquema gráfico para identificar, organizar e apresentar de modo estruturado as causas de problemas/necessidades em processo.

Deste modo, torna-se essencial avaliar numa perspectiva generalizada o ambiente externo no que se refere às oportunidades e ameaças e, o ambiente interno quanto às forças e fraquezas da criação e implementação do enfermeiro de família. A análise Swot facilita a definição das estratégias que serão utilizadas e a tomada de decisão que promova a concretização da organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica. Na Tabela 1 encontra-se descrita esta análise.

**Tabela 1** - Análise SWOT do Contexto Actual da Organização dos Cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica

<u><b>Forças</b></u>	<u><b>Fraquezas</b></u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso de Licenciatura em Enfermagem.</li> <li>• Melhoria dos indicadores de saúde da população.</li> <li>• Contexto de proximidade/continuidade de cuidados de enfermagem nos CSP.</li> <li>• Adesão, motivação e satisfação dos profissionais envolvidos.</li> <li>• Trabalho em equipa.</li> <li>• Reconhecimento remuneratório ligado ao desempenho.</li> <li>• Gestão participada por objectivos através da avaliação de desempenho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação específica em saúde familiar insuficiente.</li> <li>• Resistência à mudança.</li> <li>• Falta de poder e capacidade negocial dos indicadores a contratuizar.</li> <li>• Inexperiência na análise de indicadores.</li> </ul>
<u><b>Oportunidades</b></u>	<u><b>Ameaças</b></u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas de saúde e reorganização dos CSP.</li> <li>• Declaração de Munique.</li> <li>• Investigação em enfermagem de família.</li> <li>• Perspectiva da criação de Especialidade em Saúde Familiar.</li> <li>• Estímulo positivo para o crescimento e para a mudança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominância do modelo biomédico.</li> <li>• Desconhecimento das famílias e parceiros sociais sobre as funções e competências do enfermeiro de família.</li> <li>• Rácios enfermeiro/famílias</li> <li>• Legislação inexistente.</li> <li>• Aplicações informáticas insuficientes e ineficazes.</li> <li>• Restrições orçamentais.</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado de Silva (2009)

Relativamente às **forças**, o curso de Licenciatura em Enfermagem, possibilita uma visão integradora da pessoa, saúde, ambiente e cuidados, fundamentais para o exercício da enfermagem de família. Também a melhoria dos indicadores de saúde da população, o contexto de proximidade em que trabalham os enfermeiros e a continuidade no acompanhamento dos cuidados prestados ao utente e família, facilita a compreensão do papel do enfermeiro de família relativamente a esta necessidade. A adesão, motivação e satisfação dos profissionais envolvidos no projecto de enfermagem de família é uma mais valia à sua criação, aliada ao trabalho em equipa e ao reconhecimento remuneratório ligado ao desempenho profissional definido pelo Decreto-Lei para os enfermeiros que exercem funções em USF. Ainda nas forças, realce para a

gestão participada por objectivos com base na avaliação de desempenho, através de um plano adaptado do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP). Este sistema de avaliação está assente numa gestão pautada por um clima de exigência, mérito e transparência na acção dos serviços, através de uma análise dos objectivos individuais e comportamentos profissionais.

No que diz respeito às **fraquezas**, destaca-se a formação específica em saúde familiar insuficiente, pois a maioria dos enfermeiros não tem acesso a este conhecimento e a formação nesta área específica. O modelo organizativo do enfermeiro de família, implica o assumir de responsabilidades centrais em relação às tomadas de decisão dos enfermeiros, que ainda demonstram resistência em adoptar esta função, talvez devido à insegurança, falta de treino de assertividade e liderança. O poder e capacidade negocial dos enfermeiros para a contratualização dos indicadores é considerada uma fraqueza, tendo em conta que, aquando da criação de uma USF, grande parte dos indicadores não apresenta valores históricos. Estes são definidos pelo DC/ACES, sem grande poder de negociação ou da existência de uma fase de experimentação para, se necessário, prodecir ao seu ajuste mediante o tipo de população ao qual a USF presta cuidados. Neste seguimento, realça-se a inexperiência na análise de indicadores que possibilitarão a cada avaliação proceder ao ajuste necessário na organização dos cuidados de saúde prestados à população e famílias inscritas na USF.

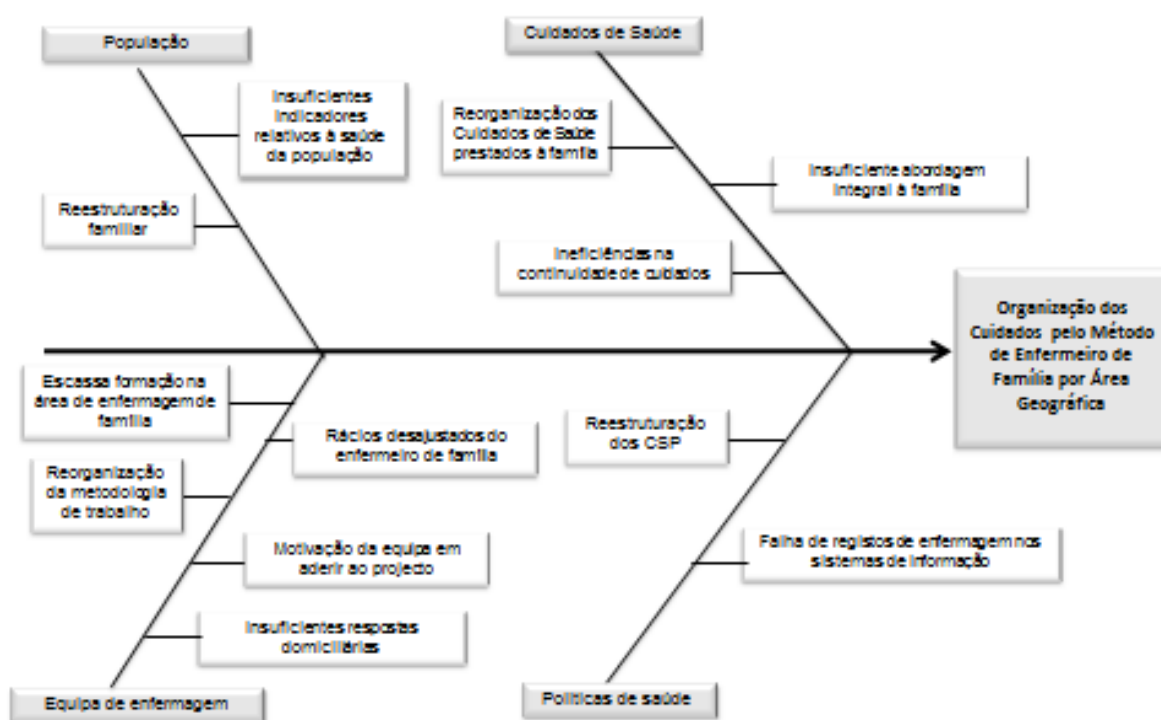
Há, no entanto, **oportunidades** a realçar, nomeadamente, as políticas de saúde com a reorganização dos CSP e a Declaração de Munique, 2000, que contextualizam a importância do enfermeiro de família e o progresso em investigação em enfermagem de família que visa responder às necessidades sociais e de saúde actuais. Poderá ser também um contributo muito positivo a perspectiva da criação da especialidade em saúde familiar. É ainda oferecido ao enfermeiro um estímulo positivo para o crescimento enquanto profissional e oportunidade para a mudança.

Como **ameaças** externas, salienta-se a visão predominantemente biomédica dos cuidados de saúde, que é incompatível com a enfermagem de família, o desconhecimento das famílias e dos parceiros sociais sobre as funções e competências do enfermeiro de família e ainda os desadequados rácios enfermeiro/famílias, muito aquém dos propostos pela OMS, dificultando a avaliação e intervenção familiar. A legislação actual não prevê o enfermeiro de família tal como foi acordada na Declaração de Munique, 2000. A legislação inexistente acerca do enfermeiro de família é outra ameaça definida, uma vez que, a única legislação que faz referência ao enfermeiro de família é a relativa às USF, que não salvaguarda o conteúdo funcional da mesma e o Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro, que regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. No entanto, importa referir que a especialidade em enfermagem de saúde familiar ainda não existe. Em relação aos sistemas de informação, os aplicativos informáticos existentes não conseguem responder às exigências da dinâmica de registo em enfermagem de família, tornando-se insuficientes e desajustados. As

restrições orçamentais resultantes de uma crise económica e financeira poderão ser impeditivas para a implementação do enfermeiro de família.

A implementação bem sucedida do enfermeiro de família numa USF requer a adopção de alguns procedimentos, nomeadamente a identificação de todos os problemas e necessidades existentes dentro da própria organização para uma posterior análise e avaliação e, consequentemente, implementação de prioridades de acordo com a dimensão do problema e necessidade identificada e a identificação do maior número possível de causas geradoras dos efeitos e problemas detectados. Neste contexto, foi elaborado um diagrama de causa e efeito de Ishikawa, que tem como efeito pretendido a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica no âmbito da reforma dos CSP. Desta forma, foi efectuado um levantamento das causas e sub-causas dentro da organização, que possam contribuir para produzir o efeito, como se encontra representado no diagrama da Figura 2.

**Figura 2** - Diagrama de Causa e Efeito de Ishikawa no formato espinha de peixe (1943)



Podemos observar na Figura 2 que a **população**, a **equipa de enfermagem**, os **cuidados de saúde** e as **políticas de saúde** são os quatro pontos fundamentais considerados como sendo as causas e a necessidade que conduzem à organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica. Dentro de cada causa principal poderemos observar várias sub-

causas, que levam à execução de procedimentos a serem adoptados ao longo das várias fases deste projecto com vista à mudança e à concretização de um fim desejado.

Uma das sub-causas mencionadas no âmbito da **população** são os *insuficientes indicadores relativos à saúde da população*, importa referir que Portugal tinha, no início dos anos 70, os piores indicadores da Europa Ocidental, com uma cobertura insuficiente da população, elevadas despesas das famílias com cuidados de saúde, problemas no acesso aos cuidados de saúde e um número muito insuficiente de serviços e de recursos humanos (MS, 2009). Ao longo dos anos de evolução do SNS, os níveis de saúde melhoraram consideravelmente, nomeadamente as taxas de mortalidade materna, infantil e perinatal, bem como as doenças transmissíveis. A esperança de vida aumentou substancialmente, tanto nos homens como nas mulheres. Esta evolução favorável dos indicadores deve-se, em parte, à melhoria do nível de vida da população, mas também ao resultado de um conjunto de medidas políticas e técnicas implementadas na área da saúde e na prestação de cuidados. No entanto, outros indicadores revelam-se insuficientes para avaliação da performance dos cuidados de saúde prestados à população. Surge desta forma, a criação e implementação do enfermeiro de família na USF, reconhecido como profissional essencial no conhecimento do estado de saúde geral das famílias e populações. A insuficiência de dados sobre o estado de saúde da população em Portugal obriga a proceder a medidas concretas que acelerem e melhorem as formas de intervenção necessárias. Encontram-se em fase de discussão para o PNS 2011-2016, indicadores e metas em saúde, dos quais resultarão intervenções para as quais se prevêem ganhos em saúde, tais como indicadores do estado de saúde<sup>1</sup>, determinantes de saúde<sup>2</sup>, do desempenho do sistema de saúde<sup>3</sup> e indicadores de contexto<sup>4</sup>. (MS, 2011)

Outra das sub-causas referida no diagrama é a *reestruturação familiar*. Observa-se que o nosso País, à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa, muitas das vezes associado a alguma doença crónica e/ou incapacitante e o elevado número de pessoas portadoras de deficiência em idades cada vez mais jovens. Esta realidade, traduz-se num aumento do número de pessoas dependentes e a necessitar de cuidados de outros, alguém que possa ser responsável por eles. São tendências pesadas com fortes implicações estruturantes e uma das principais consequências desta transformação dá-se a nível do sector da saúde. Desta

---

<sup>1</sup> Indicadores do estado de saúde - permitem analisar o quão saudável é a população através de dimensões como: mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar.

<sup>2</sup> Indicadores dos determinantes de saúde - possibilitam o conhecimento dos factores que influenciam o estado de saúde e a utilização dos cuidados de saúde: comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais.

<sup>3</sup> Indicadores do desempenho do sistema de saúde – permitem a monitorização através de múltiplas dimensões: aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efectividade, eficiência e segurança.

<sup>4</sup> Indicadores de contexto - caracterizam determinantes individuais ou de desempenho do sistema de saúde, informação importante para a saúde.

transformação social, surgem inevitavelmente mudanças na estrutura e na organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e alargando-se ao aumento da diversidade de interacções conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares.

Os **cuidados de saúde** são outra das causas referenciadas no diagrama, sendo que, dentro desta, são definidas como sub-causas, a *reorganização dos cuidados de saúde prestados à família*, a *insuficiente abordagem integral à família* e a *ineficiência na continuidade de cuidados*. A abordagem da prestação dos cuidados de saúde implica qualidade e melhoria contínua, segurança, eficiência, racionalização, inovação permanente, com equidade e, centrada no cidadão, com o objectivo de promoção de saúde, prevenção de doença e melhores anos de vida. A procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade dos cuidados de saúde prestados e a conquista da autonomia aliada aos problemas quotidianos de escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, leva à reorganização da prestação dos mesmos cuidados. Esta preocupação tem-se manifestado ao longo dos tempos, resultando numa evolução contínua da sua prestação. A reorganização dos cuidados de saúde estimula a formação de equipas de cuidados em saúde, que têm como objectivo a eficaz prestação de cuidados e uma eficiência económica através de uma adequada gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros. Os modelos tradicionais de organização e prestação de cuidados foram-se enriquecendo com novas concepções orientadas para a pessoa e a família.

Para maiores ganhos em saúde de uma forma global, é importante definir prioridades e estratégias centradas na família, com uma abordagem integral e completa durante todo o ciclo de vida, na gestão da saúde e doença (MS, 2004). Na questão particular da gestão da saúde e da doença, não se trata apenas de uma questão do indivíduo e sim da família. A continuidade de cuidados pressupõe uma pirâmide de base larga, em que os cuidados domiciliários e de ambulatório, nas suas diversas vertentes e organizados de forma diversa, devem ocupar um papel principal. A continuidade de cuidados permite conhecer melhor os seus utentes. À continuidade de cuidados associa-se ainda a economia de tempo, aumento da adesão ao programa de saúde pelo utente e família, diminuição dos reinternamentos hospitalares e consequentemente ganhos em saúde.

A **equipa de enfermagem** é outra das causas referidas no diagrama, que por sua vez, se encontra estruturado em várias sub-causas. A *escassa formação dos enfermeiros na área de enfermagem de família* constitui um problema real e que interfere numa adequada prestação de cuidados à família. Esta insuficiente formação suscita no enfermeiro insegurança relativa à abordagem familiar e atenção para com a família. Com a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família, prevê-se um maior investimento em formação contínua, aquisição de novas competências e saberes, permitindo uma melhoria efectiva dos cuidados de saúde prestados. Os *rácios desajustados de enfermeiro de família* que se verificam actualmente implicam grandes dificuldades na prestação de cuidados de saúde. Este problema deve-se à disparidade e número insuficiente de recursos humanos, assim como às diferenças geodemográficas que podem

ser encontradas entre as regiões e que afectam a natureza das actividades dos enfermeiros. A garantia deverá ser dada para um rácio enfermeiro/família que ronde as trezentas unidades familiares inscritas por cada profissional, de acordo com orientações da OMS. É importante garantir a *motivação da equipa em aderir ao projecto* de USF, que constitui uma mais valia à implementação do enfermeiro de família, à necessidade de uma *reorganização da metodologia do trabalho* que sugere relevância ao enfermeiro de família e que, por sua vez, proporcione respostas adequadas e satisfatórias a nível domiciliário, de acordo com as necessidades de saúde da população e família, com o objectivo de colmatar as *insuficientes respostas domiciliárias* verificadas actualmente.

A **política de saúde** implementada em Portugal é definida como outro âmbito no diagrama de causa e efeito de Ishikawa, em particular a sub-causa *reestruturação dos CSP*. A criação das USF, incentiva os profissionais de enfermagem a se organizarem em equipas multiprofissionais de uma forma voluntária e a participarem na organização deste novo projecto na área da prestação de cuidados de saúde, perspectivando-se resultados eficientes e ganhos em saúde para a população com esta nova reorganização dos cuidados. No entanto, todos os ganhos em saúde só serão passíveis de ser avaliados se os serviços de saúde dispuserem de sistemas de informação adequados e ajustados à realização de registos de enfermagem familiar, e que os mesmos sejam executados com eficiência e qualidade. Verifica-se actualmente, *falha de registos de enfermagem nos sistemas de informação*, sendo esta uma sub-causa mencionada no diagrama.

O desenvolvimento da enfermagem familiar, no contexto dos grandes desafios colocados pela actual reforma dos CSP, apresenta-se como um contributo que poderá fazer a diferença na abordagem dos cuidados de saúde ao nível da promoção de saúde, prevenção da doença e continuidade de cuidados.

### **1.1- Enfermeiro de família na USF: contexto da realidade em Portugal**

A enfermagem em Portugal tem-se adaptado aos contextos sociais, económicos e políticos da sociedade assim como à forma de cuidar a saúde do ser humano. Tem acompanhado a evolução organizacional do SNS, especificamente dos CSP e a reorganização dos modelos de prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e família.

Um dos problemas verificados anteriormente, nos designados centros de saúde da segunda geração era a tendência de se voltarem sobre si próprios, encerrando-se nas suas *paredes*. A própria estrutura organizativa e a lógica de fragmentação profissional foram as causas que originaram esta tendência. Eram considerados serviços estanques, sem oportunidade de ceder lugar a modalidades de trabalho orientadas para as necessidades de saúde dos utentes e família e para servir a população. Os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros eram voltados para o indivíduo, elemento dissociado da família. Esta, por sua vez, não participava de uma forma directa na promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade de cuidados dos elementos



que a compunham. Este modelo de prestação de cuidados individualizado deveu-se, em parte, ao modelo organizativo e estrutural dos CSP que vigorava na época, à metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, aos recursos humanos e materiais, a insuficientes conhecimentos na área de enfermagem familiar e formação escassa dos profissionais nesta área específica.

Os modelos das práticas de enfermagem têm evoluído e resultam de múltiplos factores, entre eles os próprios modelos formativos e a forma como foram desenvolvidos os processos de aprendizagem no âmbito das práticas dirigidas às famílias. A evolução da profissão, em paralelo com a investigação em áreas específicas como a enfermagem familiar e ainda a reforma dos CSP, constituem-se como elementos cruciais na integração dos cuidados à família como alvo da prática profissional (Figueiredo, 2009).

A reforma dos CSP em Portugal, entre outras medidas, destaca-se pela criação das USF como um novo modelo de paradigma de atenção e prestação de cuidados juntos dos utentes e famílias, alterando a perspectiva dos cuidados centralizados no utente enquanto indivíduo. Esta tão esperada alteração ao nível da prestação de cuidados confere ao enfermeiro de família uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade às necessidades de saúde da população e famílias, e pela aproximação efectiva através do modelo de prestação de cuidados a desenvolver pela USF. A nível dos CSP tem existido nos últimos anos uma filosofia de cuidados direccionados para a saúde familiar, com a família a receber uma atenção privilegiada dos profissionais de enfermagem (Figueiredo, 2006). A nova reestruturação do modelo de organização da prestação de cuidados de enfermagem, proporciona ao utente a melhoria na acessibilidade e na qualidade dos cuidados, garantido a cada família o seu enfermeiro.

Os objectivos da enfermagem familiar centram-se na capacitação da família no alargamento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança. Verifica-se que, o enfermeiro, tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem familiar. Da mesma forma evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem familiar, num contexto de proximidade de cuidados.

A reforma dos CSP em Portugal concluiu no ano de 2011 cinco anos de evolução, sendo que, a consolidação desta reforma se mantém a um ritmo de crescimento constante, com a região Norte do País a liderar com mais USF em actividade (Departamento de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários, [DCCSP], 2011). De seguida apresentam-se algumas tabelas que importa analisar e que espelham de uma forma clara e breve esta evolução em Portugal.



**Tabela 2** - Relação de Candidaturas de USF

USF \ ANOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
<b>Entrada de Candidaturas</b>	131	88	49	125	59	45	<b>497</b>
<b>Candidaturas Desistentes ou Excluídas</b>	23	25	13	11	12	10	<b>94</b>
<b>USF em Actividade</b>	43	61	56	71	48	35	<b>311</b>

**Fonte:** <http://www.mcsp.min-saude.pt/>

Podemos observar na Tabela 2, um número distinto de USF que se encontram em actividade no ano de 2011. No entanto, é de realçar que, o número de candidaturas que dão entrada é um número cada vez menor ao longo dos anos, facto que, talvez se deva à existência de um número menor de profissionais que exercem funções na UCSP com iniciativa para constituir equipas para formar USF e também pela conhecida falta de médicos de família com especialidade em medicina geral e familiar, requisito obrigatório para integrar uma equipa USF. De salientar a excepção no ano de 2009 no qual se verificou um acentuado crescimento do número de candidaturas.

**Tabela 3** - Descrição da Situação Relativa às USF em Portugal

POPULAÇÃO \ ANOS	2007	2008	2009	2010	2011
<b>População Abrangida</b>	500.129	1.261.752	1.969.755	2.880.422	3.451.026
<b>Ganho Potencial</b>	64.618	155.819	207.588	345.428	457.004

**Fonte:** <http://www.mcsp.min-saude.pt/>

A Tabela 3 faz referência à situação relativa às USF em Portugal e o ponto de situação em que se encontra a nova reforma dos CSP, especificamente dados relativos às USF ao longo dos últimos cinco anos. Realça-se nesta tabela o ganho na cobertura de utentes de 457.004 em 2011, valor que traduz o número de utentes que com esta reforma passaram de utentes sem médico de família para utentes com médico de família. Destaca-se igualmente o número de população que se encontra inscrito nas USF.

**Tabela 4** – Relação de Profissionais Envolvidos nas USF em Portugal

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Médicos</b>	286	712	1.116	1.634	1.951
<b>Enfermeiros</b>	292	738	1.140	1.658	1.977
<b>Secretários Clínicos</b>	230	569	896	1.303	1.567
<b>Profissionais Abrangidos</b>	808	2.099	3.152	4.595	5.495

**Fonte:** <http://www.mcsp.min-saude.pt/>

A Tabela 4 faz alusão à relação de profissionais envolvidos nas USF em Portugal, na qual se pode confirmar a existência de profissionais dos vários sectores que aderiram a esta reforma dos CSP. De realçar o número de profissionais de enfermagem que quiseram fazer parte desta mudança, verificando-se nesta situação específica uma evolução francamente positiva de profissionais de enfermagem envolvidos e que exercem a sua actividade profissional em USF.

### 1.2- Caracterização do contexto do estudo

O modelo de organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica na USF em estudo, compreende toda a população inscrita na mesma instituição de saúde, UF integrada num ACES da região Norte do País. Assim, importa definir a área geográfica de influência da USF, o tipo de população abrangida, o número de utentes inscritos por grupos etários nos vários médicos de família que fazem parte desta candidatura e o número de profissionais que exercem actividade na USF.

A área geográfica de influência da USF é a área correspondente às dez freguesias que pertencem à área de domínio da UCSP - sede do ACES da Região Norte do País, num uma área total de 35 Km<sup>2</sup>. Na definição desta área geográfica, deverá ser tida em conta a acessibilidades dos utentes à USF e os serviços da carteira básica a prestar pelos médicos e enfermeiros de família na visita domiciliária. Nesta sequência justifica-se de igual forma, o alargamento da área geográfica, para mais 8 freguesias numa área total de 29,3 Km<sup>2</sup>, quer pela sua proximidade porque distam somente cerca de 6 Km da USF, quer pela afectação actual aos médicos de família que exercem funções na USF. Actualmente, os utentes destas freguesias quando necessitam de recorrer a cuidados de saúde médicos têm que se deslocar à unidade de saúde onde o seu médico de família exerce a sua actividade profissional. A situação relativa aos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros não é idêntica. A cobertura assistencial de enfermagem é efectuada pela unidade de saúde alocada à freguesia de residência do utente.

A criação da USF possibilita a mudança nesta organização de cuidados prestados, porque oferece ao utente a certeza de encontrar na mesma unidade de saúde, a assistência médica e de enfermagem necessária, na qual se inclui a visita domiciliária.

Relativamente à população abrangida pela USF, esta corresponde aos utentes inscritos na lista dos médicos de família que integram a equipa multiprofissional. Segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, artigo 8º, ponto 2 “a população inscrita em cada USF não deve ser inferior a 4000 nem superior a 18000 utentes, tendo em conta as características geodemográficas da população abrangida...”. O ponto 3 do mesmo artigo refere ainda que, “podem ser constituídas USF com população inscrita fora do intervalo de variação definido no número anterior, em casos devidamente justificados e quando as características geodemográficas da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem...”.

Na situação específica da USF do estudo e como podemos confirmar na Tabela 5, na qual é apresentado o número de utentes por grupo etário inscritos na USF, por médico de família, é possível verificar que, todos os médicos que integram a USF apresentam um número de utentes na sua lista superior ao sugerido. Segundo o Decreto-Lei referido anteriormente e no artigo 9º, ponto 3, “a lista de utentes inscritos por cada médico de família tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional”. Esta situação de aumento do número de utentes da lista de cada médico de família, só é possível porque existe no ACES um elevado número de utentes sem médico. É compromisso desta USF aumentar a capacidade de lista de utentes de forma a colmatar esta lacuna.

**Tabela 5** – Número de Utentes Inscritos/Grupo Etário na USF por Médico de Família

		Médico de Família								
		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Número Utentes/Grupo Etário	0-6 Anos	75	171	129	112	136	161	108	108	128
	7-64 Anos	1590	1648	1606	1562	1566	1557	1639	1639	1610
	65-74 Anos	163	116	118	135	116	123	103	103	101
	≥ 75 Anos	118	79	79	88	104	102	101	101	105
	Total por Médico									
	de Família	1946	2014	1932	1897	1922	1943	1951	1951	1944
Total na USF		17.500								

Fonte: Sistema Informático Nacional de Utentes em Saúde (SINUS)

Como já é conhecido, na criação das USF está prevista a implementação do modelo de prestação de cuidados, sustentado no modelo de enfermagem familiar. O Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, artigo 9.º, faz referência à lista de utentes e família, na qual se lê no ponto 2 que, “a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica”. O ponto 1 do artigo 32.º do mesmo Decreto-Lei enuncia que, “o número de utentes inscritos nas USF, por enfermeiro, tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional”.

Na actual organização da prestação de cuidados não existe um número de utentes/famílias atribuído a cada enfermeiro de família. Os enfermeiros prestam os seus cuidados de uma forma individualizada e por tarefa de trabalho. Não subsiste desta actual organização, um conhecimento integral e completo do utente e família, assim como não se verifica uma correcta continuidade de cuidados prestados.

**Tabela 6** – Número de Uteses Inscritos na USF por Enfermeiro de Família/Área Geográfica

	Enfermeiro de Família								
	J	L	M	N	O	P	Q	R	S
<b>Número Uteses</b>	1949	1940	1946	1942	1947	1942	1944	1942	1948
<b>Área Geográfica</b>	Norte 1	Norte 2	Norte 3	Sul 1	Sul 2	Sul 3	Urbano 1	Urbano 2	Urbano 3
<b>Total na USF</b>	17.500								

A criação das USF obriga à reorganização da metodologia de trabalho do enfermeiro. Desta forma, pode-se verificar na Tabela 6 que, as freguesias da área de influência da USF do estudo foram organizadas em áreas geográficas na qual foi atribuído um nome que melhor as identificasse. Associado a cada área geográfica encontra-se um enfermeiro de família com uma lista de utentes superior ao descrito como valor padrão nacional, resultado de um compromisso assistencial da equipa multiprofissional.

**Tabela 7** – População abrangida pela USF em Estudo

Indicador	Valor
Índice de dependência de jovens	22,7%
Índice de dependência de idosos	17,8%
Índice de dependência total	40,5%
Índice de envelhecimento	78,2%
Taxa de natalidade	12,7%
Taxa de mortalidade	6,7%

**Fonte:** Instituto Nacional de Estatística (INE) - Inquérito Estatístico Anual de 2010 (para todo o Concelho)

Na Tabela 7, pode-se analisar que o índice de dependência de jovens<sup>5</sup> é de 22,7%, superior ao índice de dependência de idosos<sup>6</sup> que apresenta um valor de 17,8%. O índice de dependência total<sup>7</sup> da área de influência da USF situa-se no valor de 40,5%. Estes valores indicam nitidamente que esta população é dependente de outros na realização das actividades da vida diária e na procura de cuidados de saúde. Estes números são significativos na implementação do enfermeiro de família na USF, pois deve-se ter em conta que, grande parte das horas efectivas de trabalho de cada enfermeiro devem ser ocupadas na realização de visitas domiciliárias, de forma a ir de encontro às necessidades em saúde desta população dependente e respectivas famílias e, planear respostas efectivas em saúde para estas mesmas necessidades. O índice de envelhecimento<sup>8</sup> é de 78,2%, descrevendo claramente que a população em Portugal e, especificamente neste Concelho, encontra-se extremamente envelhecida. A muitos destes idosos está igualmente associada alguma doença crónica e/ou incapacitante, na qual deverá ser dada uma especial atenção pela equipa de saúde.

<sup>5</sup> Índice de dependência de jovens - É a relação entre a população jovem e a população em idade activa. Habitualmente definido como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Valor expresso em percentagem.

<sup>6</sup> Índice dependência de idosos - É a relação entre a população idosa e a população em idade activa. Habitualmente definido como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Valor expresso em percentagem.

<sup>7</sup> Índice de dependência total - É a relação entre a população jovem e idosa, e a população em idade activa. Habitualmente definido como o quociente entre o somatório de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Valor expresso em percentagem.

<sup>8</sup> Índice de envelhecimento - É a relação entre a população idosa e a população jovem. Habitualmente definido como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. Valor expresso em percentagem.

### **1.3 – Recursos**

Incorporado num diagnóstico de situação de qualidade, importa determinar os recursos disponíveis para a consecução de projecto. De salientar que, poderão surgir dificuldades relacionadas com os recursos disponíveis e os efectivamente necessários que poderão afectar a eficácia e a concretização do referido projecto. A USF está dotada de recursos humanos e materiais indispensáveis ao sucesso do seu compromisso assistencial, sendo esta condição fundamental para o seu bom funcionamento.

Interessa referir que, o projecto desta USF dispõe de todos os recursos humanos necessários à sua implementação, passível de dar resposta às necessidades de saúde identificadas da sua área de influência para um número de 1550 utentes inscritos. Tendo em conta que este projecto de USF aumenta a sua lista de utentes de forma a cobrir aqueles que se encontram sem médico de família, será necessário que o ACES, numa primeira instância, ceda profissionais de enfermagem necessários para esta cobertura. Tendo em conta que o ACES não dispõe de enfermeiros em número suficiente, disponibilizará um número de horas extraordinárias necessárias. Esta situação beneficia a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica na USF e a afectação ao número de utentes e famílias de cada área geográfica. A USF apresenta uma equipa multiprofissional constituída por nove enfermeiros, dos quais um enfermeiro especialista em saúde comunitária, quatro enfermeiros graduados e quatro enfermeiros; nove médicos de clínica geral e familiar e sete secretários clínicos, perfazendo um total de 25 profissionais, todos com uma carga horária semanal de 35 horas.

Relativamente aos recursos materiais e de instalações, esta USF não dispõe destes recursos, pelo que terá que ser contratualizado com a ARS. Embora este ponto seja da responsabilidade da administração, cabe à equipa definir as suas necessidades. Projecta-se a ocupação total de um edifício do MS, que será sujeito a obras de remodelação e melhoramento e equipado com material necessário à execução e desenvolvimento das actividades de saúde. Será apresentado no Apêndice I, os materiais e condições consideradas necessárias ao funcionamento de uma USF e à prestação de cuidados de saúde.

## 2- PLANO DE ACÇÃO

Um plano de acção constitui-se como uma orientação no momento de executar um projecto. É um plano detalhado e preciso do conjunto de actividades que se pretendem desenvolver e que cobre as várias vertentes da gestão e a sua respectiva calendarização sob a forma de um cronograma. É considerada uma fase crucial para todo o processo. Nesta fase, define-se cada actividade, as metas e objectivos que se pretende alcançar, as estratégias, os meios e os instrumentos que serão utilizados com vista à execução do projecto.

Desta forma, e para que seja possível a implementação deste trabalho de projeto, é essencial que haja um planeamento e estruturação das actividades que se pretendem desenvolver. Uma actividade pode ser subdividida em várias acções e estas devem ser submetidas a um tempo previamente definido para a sua concretização (Ruivo & Ferrito, 2010). Salientamos que a exposição que será realizada sobre as acções planeadas vai de encontro às necessidades e problemas identificados no início da Parte II deste trabalho. As restantes acções consideradas necessárias à organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica serão, de igual forma, alvo de planificação. Assim, foi elaborado um cronograma que poderá ser analisado no Apêndice II, que serve de orientação e determina as datas de início e de fim planeadas para as respectivas acções a desenvolver durante a realização deste trabalho de projecto. De seguida, procedeu-se à concepção deste projecto e por razões de sistematização, é apresentado em três actividades principais: dinâmicas de organização e funcionamento do enfermeiro de família, colaboração na criação e elaboração de documentos de suporte e apoio ao desenvolvimento da equipa multiprofissional.

Para não tornar o presente trabalho de projecto demasiado exaustivo remeteram-se as fichas projecto, onde se inclui o planeamento detalhado das actividades, para apêndice.

No Apêndice III pode-se analisar a **actividade 1: dinâmicas de organização e funcionamento do enfermeiro de família**. Consideramos ser a actividade chave para o sucesso e eficiência da implementação do enfermeiro de família numa USF. Para a sua consecução será necessário um esforço, empenho e motivação de toda a equipa de enfermagem. Nesta fase, a primeira actividade a desenvolver será a definição da área geográfica de influência da USF, à qual a equipa se compromete a garantir a prestação da carteira básica de serviços. A equipa deve ainda reflectir e definir, uma orientação específica de acesso à carteira básica de serviços pelos utentes inscritos.

De seguida, e baseado no processo de organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica numa USF, nas normativas legais existentes que fazem menção à lista padrão de utentes do enfermeiro de família, é necessário proceder à definição do rácio do enfermeiro de família e à definição do respectivo enfermeiro de família para cada área geográfica, que será aquele profissional tido como responsável/gestor de caso por um determinado utente e família da sua área geográfica, que pela sua presença junto dos mesmos, é o que mantém um

contacto de proximidade, demonstra disponibilidade e atenção. O enfermeiro de família gestor de caso tem a função de servir de elo de ligação entre o utente e a família e a restante equipa multiprofissional, assim como os parceiros sociais. Têm também a responsabilidade de organizar e executar a prestação de cuidados de saúde e proceder aos respectivos registos nos sistemas informáticos disponíveis.

Outra das acções a desenvolver será a elaboração do horário do enfermeiro de família, que deverá garantir a acessibilidade do utente e família à USF, particularmente através de resposta no próprio dia e de programação de consulta de enfermagem, visitação domiciliária e outras actividades de enfermagem, de forma a dar resposta às necessidades de saúde da população inscrita. A definição dos indicadores e metas a contratualizar para o enfermeiro de família nos diferentes programas de saúde, constitui a próxima acção planeada. A definição dos indicadores e a determinação do valor de meta a contratualizar deve ser baseada no valor histórico existente e no valor considerado como mínimo estipulado pelo DC, ARS e ACES. De seguida, será concretizada a negociação e a contratualização interna em tempos diferentes com o Director Executivo, UAG e Conselho Clínico do ACES.

A importância dos registos adquiriu uma preocupação real para os enfermeiros de família a exercer funções na USF. Como resultado desta inquietação, surge a necessidade de construção de um manual para a qualidade dos registos de enfermagem, cujo objectivo será o de obtenção de ganhos em saúde, melhoria dos indicadores relativos à saúde da população, continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem e identificação das necessidades do utente/família.

No Apêndice IV pode-se analisar a **actividade 2: colaboração na criação e elaboração de documentos de suporte**. Nesta etapa estão incluídas as acções e documentos que serão executados em colaboração com a restante equipa multiprofissional e que servem de suporte à implementação do enfermeiro de família. Nesta fase, uma das acções a concretizar é a construção de um manual de acolhimento ao utente, considerado como um instrumento facilitador no processo de acolhimento do utente, compreensão da organização e funcionamento da USF. Deve constar deste manual, informação importante e relativa à constituição da equipa multiprofissional da USF, horário de funcionamento e oferta de alternativas assistenciais, funcionamento da marcação de consultas de enfermagem, médicas e consulta aberta, programa da carteira básica de serviços, serviços mínimos, sugestões e reclamações e contactos e morada da instituição.

Segue-se a criação de organigrama da USF, que permite representar a organização da instituição, as competências de cada profissional e as relações de comunicação existentes entre os vários profissionais e grupos de trabalho.

A elaboração do manual de articulação é um documento que pretende otimizar a articulação entre os parceiros comunitários, unidades funcionais do ACES e outras equipas de saúde. Tem como objectivo simplificar procedimentos entre as várias entidades. Constitui um compromisso entre todos os elementos da equipa e define a forma de articulação entre os vários profissionais.



A elaboração do regulamento interno, tem como finalidade enquadrar a organização e funcionamento da USF, as competências atribuídas a cada grupo profissional. De igual forma permite também, obter conhecimento acerca da organização e funcionamento da USF e das áreas estratégicas de actuação e responsabilidades inerentes a cada um dos elementos.

A construção do plano de acompanhamento interno, representa um processo de auto avaliação, com o objectivo de obter a acreditação da USF. Este deverá ser acordado no seio da equipa multiprofissional, negociado e contratualizado com o ACES, nomeadamente com o Director Executivo, UAG e Conselho Clínico e em conjunto com os indicadores e metas.

Por último, podemos analisar no Apêndice V a **actividade 3: apoio ao desenvolvimento da equipa multiprofissional**. Nesta actividade estão incluídas acções determinantes para o desenvolvimento e melhoria de desempenho da equipa multiprofissional. Incluem-se a elaboração do plano de formação contínua e desenvolvimento profissional. Pretende-se que este plano de formação contínua não seja visto como uma acção individual, descontinuada e desintegrada, e sim como uma actividade em sucessivo desenvolvimento, integrada nos objectivos da USF, tendo em conta as necessidades avaliadas e as motivações pessoais dos profissionais. Desta forma, definimos a metodologia que se pretende utilizar para efectuar o levantamento das necessidades formativas dos profissionais, as normas de participação em acções de formação internas e externas à USF, a realização de reuniões temáticas de equipa com objectivo de promover a partilha de conhecimentos adquiridos em contexto de formação. Assim, serão definidas as prioridades formativas individuais e colectivas dos profissionais da USF. Consideramos extremamente importante que o diagnóstico de necessidades formativas se encontre orientado preferencialmente para a resolução de problemas e necessidades que surgem do contexto das práticas e não voltado para abordagens temáticas.

A USF deve reunir esforços de toda a equipa e promover a participação de todos em projectos de investigação na área dos CSP, representando uma acção planeada à qual pretendemos dar reposta. É necessário conceber novos conhecimentos de forma a responder às necessidades presentes e futuras a nível dos serviços de saúde e especificamente dos CSP. Desta forma, uma das linhas de acção é a mobilização de potencial científico e tecnológico. O MS, através da coordenação estatística dos CSP definiu para os anos 2011-2015, uma agenda de investigação em CSP na qual descrevem prioridades e necessidades de novos conhecimentos. Com base nas necessidades identificadas e em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, pretendem promover concursos específicos de projectos de investigação em serviços de saúde de apoio à reforma dos CSP. As candidaturas deverão ser apresentadas com base em requisitos definidos e ter como referência ou horizonte a obtenção de ganhos em saúde, a redução de desigualdades em saúde e melhoria da equidade. Neste sentido, a USF deverá participar neste desafio, preferindo um tema que satisfaça a equipa multiprofissional enquanto intervenientes activos deste projecto e, da mesma forma, que constitua interesse, benefício e ganhos para a unidade de saúde, para a evolução dos CSP e ganhos em saúde da população.

Outra acção que planeamos desenvolver relaciona-se com a orientação em formação pré e pós graduada de enfermagem. Pretende-se que a USF seja uma organização de saúde voltada para a aprendizagem e o saber, na qual propomos o desenvolvimento profissional e formativo deste grupo profissional.

Pretendemos aplicar um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais da USF, construído pela MCSP e aplicado com sucesso em outras USF. A concretização desta acção surge como necessidade de monitorizar a avaliação que os utilizadores das USF fazem dos cuidados prestados e contribuir para a detecção de áreas ou situações que necessitem de melhoria, de modo a permitir que se iniciem acções correctivas, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados nas USF. A avaliação da satisfação dos profissionais visa obter o nível de satisfação e motivação dos mesmos e dar resposta às necessidades sentidas e manifestadas.

Para facilitar a compreensão das actividades planeadas, a concretização das mesmas será descrita pormenorizadamente no ponto seguinte.

### **3- DO PLANEADO AO CONCRETIZADO**

Esta etapa de projecto materializa a realização e coloca em prática as medidas delineadas e planeadas. Trata-se da implementação e execução das acções. Neste sentido, “o que anteriormente era unicamente um real construído mentalmente, um esboço do desejo, começa, a tornar-se numa situação real construída” (Nogueira, 2005 cit. in Ruivo & Ferrito, 2010, p. 23).

Na gestão de um projecto não é satisfatório garantir que as actividades são implementadas como o previsto, compete também certificar que os resultados são apurados à medida que vão sendo produzidos e que servem como objecto de reflexão (Capucha, 2008).

O impulso da criação das USF, com a adesão voluntária de profissionais, com autonomia e responsabilidade, com maior proximidade das pessoas e comunidades locais, constitui uma mudança social. Esta situação leva necessariamente à criação deste projecto de forma a melhorar a organização dos cuidados de saúde prestados à população inscrita nesta unidade de saúde e contribuir para que esses mesmos cuidados sejam prestados com qualidade e satisfação do utente e profissional. Neste sentido, deu-se início à execução das acções anteriormente planeadas com o objectivo de organizar os cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica.

Para que este projecto fosse possível de ser concretizado, numa primeira fase foi feita uma recolha e análise de documentação de suporte à organização e funcionamento dos cuidados pelo método de enfermeiro de família, nomeadamente normativos legais, trabalhos de investigação e outros documentos relacionados com o tema, contactos com outras USF em funcionamento, informações acerca da organização, funcionamento e implementação do enfermeiro de família neste tipo de unidade de saúde. Após esta etapa, surgiu a necessidade de organizar e estruturar toda a informação recolhida e consequentemente agendar reuniões entre os enfermeiros com objetivo de distribuir tarefas substancialmente importantes na materialização do projecto.

Assim, e numa primeira fase, foi necessário identificar e caracterizar a área geográfica de influência da USF. Como se pode verificar no Apêndice VI, esta área restringe-se a 18 freguesias do Concelho, que corresponde a uma área total de 64.3 Km<sup>2</sup>. Por uma questão de anonimato, foram extintos os nomes das freguesias. Faz parte do compromisso assistencial desta USF prestar cuidados de ambatório e domiciliário aos utentes inscritos com residência nas freguesias de influência.

Após validação do número de utentes inscritos nos médicos de família da USF, através do Sistema Informático Nacional de Utente em Saúde (SINUS), e do reconhecimento da área de influência, foram agendadas reuniões de enfermagem com o objectivo de definir os rácios totais de utentes para cada enfermeiro de família de acordo com o número de utentes e famílias inscritas por área geográfica. O número de utentes inscritos nesta unidade de saúde corresponde a um

total de 17.500 indivíduos, distribuídos por nove enfermeiros de família de acordo com a respectiva área geográfica. Este número de utentes inscritos é superior aos 1550 utentes de uma lista padrão nacional ou de um número de 300 a 400 famílias determinadas para cada enfermeiro. Salientamos que, até ao momento, não foi possível realizar um estudo minucioso que nos indicasse o número médio de indivíduos por família inscritos na USF. Desta forma, orientamo-nos para efeitos de cálculo, pelo valor de 2,7 indivíduos por famílias que corresponde ao valor da dimensão média das famílias em Portugal no ano de 2010 (INE & PORDATA, 2011).

A precisão do número famílias inscritas fará parte de um trabalho contínuo e moroso na organização e funcionamento dos cuidados pelo método de enfermeiro de família na USF. Em cada contacto do utente à unidade de saúde, a equipa multiprofissional, deve verificar a dimensão e composição do agregado familiar no programa informático SINUS e proceder se necessário, aos ajustes considerados essenciais. Este trabalho permite obter o número de famílias exactas, pelo que após a sua conclusão será necessário proceder ao ajustamento do número de famílias por enfermeiro de família nesta USF.

Após identificação do número total de utentes, determinamos o número de utentes inscritos de cada freguesia de modo a organizar as áreas geográficas para cada enfermeiro de família. Como se poderá observar no Apêndice VII, foram criadas nove áreas geográficas, identificadas com um nome fictício para salvaguardar o anonimato. No planeamento das áreas geográficas tivemos em atenção a proximidade em distância entre freguesias para facilitar a deslocação do enfermeiro de família aquando da realização de visitas domiciliárias e o número de utentes residentes em cada uma, de forma a fazer uma gestão ajustada e adequada de recursos materiais e tempo. De seguida as mesmas foram agrupadas e associadas a um enfermeiro de família/gestor de caso.

No seguimento do trabalho concretizado até ao momento, cada enfermeiro de família confirmou e alterou no programa informático SAPE, o nome do enfermeiro de família associado. Como se pode verificar na Figura 3, o SAPE dispõe na pasta *utentes* da ficha inicial do utente na qual o campo *enfermeiro de família* deve ser de preenchimento obrigatório, pois permite a visualização do enfermeiro de família e ainda permite observar no campo *família* a constituição do agregado familiar.

**Figura 3** - Dossier Utentes do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)

The screenshot displays the 'Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem' (SAPE) interface. The top menu bar includes 'Parametrização por Serviço', 'Utilizadores', 'Ajuda', and 'Janela'. The main window has a sidebar on the left with a tree view containing items like 'Gestão Tabelas Sistema', 'Gestão Tabelas Enfermagem', 'Parametrização P/Serviço', 'Vacinação', 'Agendamento de Contactos', 'Consulta Vigilância do Utente', 'Consulta Vigilância da Família', and 'Convocatórias p/ Vacinas'. The main content area has tabs for 'Contactos', 'Utentes', 'Famílias', and 'Comunidades'. The 'Utentes' tab is active, showing a table with columns 'Nº Proc.', 'Nº Cartão', 'Nome', and 'Data Nasc.'. To the right of the table is a 'Família' section with a large empty box for a photo, and fields for 'Inscrição', 'Médico de Família', and 'Enfermeiro de Família'. An orange arrow points to the 'Utentes' tab, and an orange circle highlights the 'Enfermeiro de Família' field. At the bottom, there's a 'Versão 6' label and an 'IGIF' logo.

Na Figura 4 pode-se observar que na pasta *famílias* do programa informático SAPE, o enfermeiro de família tem acesso à constituição da família e aos dados de residência da mesma, o que constitui uma mais valia para o trabalho do enfermeiro, pois permite que, aquando do contacto do utente à USF se proceda à confirmação da sua morada de residência e à composição do seu agregado familiar.

**Figura 4** - Dossier Famílias do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)

The screenshot displays the 'Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem' (SAPE) interface with the 'Famílias' tab selected. The sidebar on the left is identical to the previous figure. The main content area has tabs for 'Contactos', 'Utentes', 'Famílias', and 'Comunidades'. The 'Famílias' tab is active, showing a form with fields for 'Nº Processo:', 'Morada:', 'Nº Telefone:', and 'Cód. Postal:'. Below these fields are sections for 'Programas de saúde', 'Fenómenos', and 'Intervenções'. An orange arrow points to the 'Famílias' tab, and orange circles highlight the 'Morada' and 'Nº Telefone' fields. At the bottom, there's a 'Versão 6' label and an 'IGIF' logo.

Todos os enfermeiros de família são responsáveis por um número de utentes superior ao normal de uma lista padrão, pelo que nestas circunstâncias, o Coordenador da USF deve requerer ao Director Executivo do ACES, profissionais de enfermagem ou horas extraordinárias que serão distribuídas pelos enfermeiros de família de acordo com o número de utentes da sua lista. Esta medida de gestão permite que a USF cumpra os indicadores que serão contratualizados e os programas de saúde da sua carteira básica de serviços, que de outra forma não seria possível de serem efectivados. Em resposta ao requerimento, o ACES acordou atribuir horas extraordinárias aos enfermeiros da USF. Estes possuem 3550 utentes excedentes relativamente à lista padrão, correspondendo a 81 horas extraordinárias/semanais, repartidas por todos, como se poderá analisar na Tabela 8.

**Tabela 8** – Horas Extraordinárias do Enfermeiro de Família de acordo com a Lista de Utes/Área Geográfica

	Enfermeiro de Família								
	J	L	M	N	O	P	Q	R	S
<b>Número Utes</b>	1949	1940	1946	1942	1947	1942	1944	1942	1948
<b>Área Geográfica</b>	Norte 1	Norte 2	Norte 3	Sul 1	Sul 2	Sul 3	Urbano 1	Urbano 2	Urbano 3
<b>Horas Semana</b>	35H	35H	35H	35H	35H	35H	35H	35H	35H
<b>Horas Extraordinárias/ Semana</b>	9H	9H	9H	9H	9H	9H	9H	9H	9H
<b>Total Horas/Semana</b>	44H	44H	44H	44H	44H	44H	44H	44H	44H

Após se ter efectivado o cálculo da carga horária/semana para cada enfermeiro, face ao número de utentes inscritos, foram definidas e adjudicadas as horas anuais afectas ao enfermeiro de família para cada programa de saúde da carteira básica de serviços da USF, como se poderá analisar no Apêndice VIII. Dentro de cada programa de saúde são apresentadas tabelas de actividades, na qual se faz referência essencialmente aos profissionais envolvidos em cada uma delas, a duração média em minutos das consultas de enfermagem e médicas, duração média do atendimento efectuada pelo secretário clínico e de outras actividades realizadas no âmbito de educação para a saúde em grupo.

A duração média definida para cada actividade foi ajustada e acordada pela equipa multiprofissional da USF, tendo em conta que não existe protocolado um tempo médio de duração de cada actividade para cada grupo profissional. O mesmo foi definido com base em experiências

anteriores de atendimentos e de realização de consultas de enfermagem e médicas e na obtenção do cálculo de tempo médio utilizado. Assim, definiu-se um período de 20 minutos para as consultas de enfermagem dos vários programas de saúde e atitudes terapêuticas, 60 minutos para visita domiciliar e 10 minutos para consulta aberta. Nas mesmas tabelas é igualmente apresentada, a periodicidade de utilização do utente a cada um dos programas de saúde. A frequência aos mesmos é, definida segundo orientações da DGS ou, caso não exista periodicidade sugerida por entidades superiores, as mesmas são acordadas pela equipa multiprofissional da USF.

No seguimento, é calculado a carga horária estimada/ano para cada programa de saúde para os enfermeiros de família. Para este cálculo é tido em conta, o total da população inscrita na USF abrangida em cada programa de saúde, a percentagem da meta proposta para cada programa de saúde, o número de utilizações efectuadas pelos utentes e a duração de cada consulta, como se poderá analisar nas tabelas de indicadores e metas e de carga horária do Apêndice VIII.

Elaboramos um modelo de horário semanal para o enfermeiro de família, na qual tivemos atenção às 44 horas semanais designadas para cada enfermeiro e a carga horária necessária para a operacionalização dos indicadores e dos programas de saúde da carteira básica de serviços da USF. Do cálculo de horas anuais estimado e explicado anteriormente, distribuímos equitativamente pelas semanas de trabalho de um ano e, fizemos um cálculo aproximado de horas semanais necessárias para cada programa de saúde e actividades de enfermagem: uma hora/semana para o programa de saúde materna, seis horas/semanais reservadas para o programa de planeamento familiar, três horas/semanais para o programa de saúde infantil e juvenil, seis horas/semanais destinadas ao programa de risco cardiovascular, dez horas/semanais para o programa de vacinação, seis horas/semanais para a realização de visitas domiciliárias.

Acresce a esta contagem uma hora/semanal para reunião multiprofissional e uma hora/semanal para gestão, nomeadamente o acompanhamento, monitorização, avaliação dos indicadores, proceder a ajustes que se verifiquem essenciais e à revisão de procedimentos e práticas. A realização de reuniões multiprofissionais designadas de conselhos gerais constitui uma exigência das USF, que deverão ser sempre redigidas em acta. Estas reuniões são consideradas momentos de partilha de experiências, debates de ideias, discussão de casos clínicos e aprovação de documentos, projectos e outras actividades. A atribuição destas horas semanais verificam-se fundamentais no acompanhamento do trabalho realizado, no bom funcionamento da USF e na melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Deve igualmente constar no horário, períodos destinados à realização de atitudes terapêuticas. Se os mesmos não estiverem totalmente ocupados com agendamentos e se a viatura automóvel estiver disponível, poderão ser realizadas visitas domiciliárias de promoção e prevenção aos utentes e famílias, como resposta à necessidade identificada de número insuficiente de visitas domiciliárias, estabelecendo assim como objectivo da USF o aumento deste indicador. De igual

modo deve constar no horário de cada enfermeiro, períodos de consulta aberta ao longo das doze horas de funcionamento da USF. A consulta aberta é destinada a situações não programadas e sem marcação prévia ou situações agudas do próprio dia e tem duração de 10 minutos. Esta consulta deve ser agendada no próprio dia presencialmente, por correio electrónico ou contacto telefónico.

Como se pode observar no Apêndice IX, consideramos pertinente existir para cada enfermeiro de família, períodos na semana destinados à realização de consultas de enfermagem dos programas de saúde: saúde materna, planeamento familiar, risco cardiovascular e saúde infantil. Os períodos destas consultas estão calendarizados ao longo do ano para a equipa de saúde (enfermeiro e médico de família). Desta forma permitirá que o utente seja atendido no mesmo dia e no mesmo período pelo enfermeiro e médico de família em consulta separada ou em consulta de grupo de acordo com o tipo de intervenção, evitando que o utente e família se desloquem mais vezes do que as necessárias à USF. Esta programação possibilita de igual forma, o agendamento de consulta do utente para ambos os profissionais ao longo de todo o ano ou seja, o utente finda uma consulta e subseqüentemente tem assegurada a marcação da próxima. Assim, a USF e o utente assumem o compromisso de continuidade de cuidados de acordo com a disponibilidade do utente e família e de acordo com orientações verbalizadas pela ERA.

A USF considera consultas de grupo, uma consulta realizada em conjunto pelo enfermeiro e médico de família nas consultas de vigilância de saúde infantil, determinadas consultas de risco cardiovascular e planeamento familiar. As restantes são efectuadas pelo enfermeiro e médico em separado, no próprio dia e com escasso tempo de espera entre a realização da consulta de enfermagem e a efectivação da consulta médica. Sempre que possível e se a família proporcionar, poderão ser agendadas consultas nos vários programas de saúde para a família, em períodos de tempo subsecutivos por forma a, rentabilizar a disponibilidade da mesma e com o objectivo de todos os seus elementos participarem activamente no processo de promoção da saúde e prevenção e tratamento da doença.

Os períodos destinados à visita domiciliária deverão, da mesma forma, ser fixos ao longo da semana, como forma de partilhar e rentabilizar os recursos humanos, materiais e equipamentos. As restantes actividades de enfermagem devem constar no horário, no entanto consideramos ser mais vantajoso para o utente e família, que os mesmos sejam flexíveis de acordo com as suas necessidades.

O horário de enfermagem deve ser preferencialmente desfasado, para que, o mesmo cubra ao longo da semana de trabalho o período das 8h00m às 20h00m e que se manterá inalterável ao longo de todo o ano. O horário deve ser realizado em concordância com os enfermeiros de família e deve ser autorizado pelo Coordenador da USF.

Dentro da mesma actividade, surgiu a necessidade de se definirem as prioridades assistenciais, nomeadamente os indicadores e metas a contratualizar, específicos do enfermeiro de família nos



diferentes programas de saúde. Foram agendadas reuniões entre a equipa multiprofissional para definição das metas para o triénio de 2012 - 2014. A contratualização tem inerente um maior sentido de exigência e de responsabilização da USF e implicações claras para com a administração em saúde, ou seja, esta tem que ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas. Assim, o processo de contratualização interna com o ACES deverá acontecer até ao fim do mês de Janeiro, pelo que, a seguir, haverá lugar à negociação e a contratualização externa entre o ACES e a ARS com a assinatura de um contrato programa até 31 de Março e só será encerrado com a assinatura das cartas de compromisso entre o ACES e a USF.

Os números de indicadores são distribuídos em dois eixos: eixo nacional e eixo regional. O eixo nacional é constituído por 15 indicadores. O eixo regional é constituído por 6 indicadores, que podem variar por ACES e serão definidos pela ARS e negociados entre eles aquando da elaboração do contrato programa. Os indicadores do eixo nacional contratualizados são agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e desempenho económico. O DC de cada ARS e a coordenação estratégica dos CSP estipularam para todas as USF valores de referência para cada indicador (ACSS, 2010). No Apêndice X pode-se analisar os indicadores do eixo nacional a contratualizar e os valores de metas discutidos e acordados pela equipa multiprofissional da USF, com base nos valores de referência apresentados. Destaca-se os indicadores específicos dos enfermeiros de família e aqueles que emergem directamente do seu desempenho. Os indicadores do eixo regional serão negociados posteriormente com o Conselho Clínico do ACES.

Após necessidade apresentada pelos enfermeiros de família da USF, foi construído um manual para a qualidade dos registos de enfermagem, que se poderá ser analisado no Apêndice XI. Este manual constituiu um suporte de apoio à consulta de enfermagem, assegura a continuidade de cuidados de saúde, contribui para o cumprimento dos indicadores a ser contratualizados e ainda permite obter ganhos em saúde da população. Para a sua concretização procedemos à recolha e análise de documentação de suporte, reunimos a equipa de enfermagem para organizar seleccionar a informação que seria incluída no respectivo manual. Posteriormente elaborámos o manual para a qualidade dos registos de enfermagem no sistema informático SAPE que foi apresentado numa reunião do Conselho Geral para aprovação.

A segunda actividade remete-nos para as intervenções de cariz colaborativo na criação e elaboração de documentos de suporte.

Assim, surge como primeira necessidade, a construção de um manual de acolhimento ao utente, que deverá estar concluído aquando da abertura da USF. Inicialmente, recolhemos, consultamos e analisamos documentação relevante na construção do manual. Agendamos reuniões com a equipa multiprofissional para estruturar a informação e seleccionamos aquela que foi considerada a mais pertinente para integrar no manual, de forma a facilitar o processo de acolhimento do

utente, compreensão e organização da USF. Após esta selecção, criámos o manual de acolhimento ao utente da USF, como se pode observar no Apêndice XII, com respectiva apresentação e aprovação em Conselho Geral da USF.

A criação de um organigrama permite representar a estrutura formal da USF. As competências assumidas por cada profissional dentro da estrutura e organização da USF foram definidas em reunião realizada entre a equipa multiprofissional. A atribuição de um cargo ou responsabilidade por um programa de saúde teve especial atenção, às competências e habilitações de cada profissional, a formação contínua e o desenvolvimento profissional realizada em cada área específica e aptidões demonstradas noutras situações de contexto de trabalho. Posteriormente a esta avaliação foi criado o organigrama, como se pode analisar no Apêndice XIII.

A USF tem o compromisso de apresentar o manual de articulação e regulamento interno até três meses após a sua abertura. Para a estruturação do manual de articulação que apresentamos em Apêndice XIV, foram realizadas reuniões com a equipa multiprofissional de forma a seleccionar informação necessária à concretização do respectivo documento e negociado com as restantes unidades funcionais do ACES o tipo e forma de articulação bem como o compromisso entra ambas as unidades, nomeadamente a visita domiciliária aos utentes que não pertencem à área de influência da USF, área de recursos humanos, de estrutura física, prestação de serviços entre outros serviços disponibilizados pela URAP e pelo ACES.

Na elaboração do regulamento interno foram de igual forma, efectuadas reuniões entre a equipa multiprofissional para definição de normas de organização e funcionamento da USF, que se encontra apresentado no Apêndice XV. Ambos os documentos constituem propostas a serem aprovadas em Conselho Geral da USF e homologado pelo Director Executivo do ACES após abertura da USF e dentro do prazo estipulado e assinado pelo Coordenador da USF e Director Executivo do ACES.

O plano de acompanhamento interno deverá ser apresentado pela USF aquando da contratualização, representando um processo de auto avaliação. Neste seguimento, foi agendada uma reunião multiprofissional cujo objectivo era a definição da área de intervenção e actuação do plano de acompanhamento interno. Após selecção pela equipa da área da hipertensão arterial, seguiu-se a recolha e consulta de documentos essenciais à elaboração do plano. A opção por esta área fundamenta-se no facto de que em Portugal, só metade dos hipertensos se encontram diagnosticados com hipertensão arterial, constituindo um factor de risco de doença cardiovascular e a principal causa de morte e incapacidade. A detecção precoce desta patologia são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde. É aqui que a USF pretende modificar o actual estado da situação, no que diz respeito aos seus utentes, melhorar as áreas do diagnóstico e do tratamento da hipertensão arterial. Nesta sequência foram agendadas reuniões de equipa para estruturar e seleccionar a informação e documentos consultados considerados adequados e pertinentes na construção do plano de acompanhamento interno, como se poderá

analisar no Apêndice XVI. Posteriormente será aprovado em Conselho Geral para ser submetido a avaliação e ratificação da ERA em concordância com o Conselho Clínico do ACES no momento da contratualização interna.

Incluída na actividade de apoio ao desenvolvimento da equipa multiprofissional, definimos como intervenção a elaboração do plano de formação contínua e desenvolvimento profissional. Desta forma reunimos todos a equipa multiprofissional da USF cuja estratégia metodológica privilegiou o *focus group* utilizando para tal, uma dinâmica positiva de discussão objectiva, opinião, reflexão e análise, fomentando a participação de todos os intervenientes no diagnóstico de situação e na identificação das suas reais necessidades de formação contínua e desenvolvimento profissional. As necessidades formativas identificadas pela equipa foram: plano de emergência interna; gestão de conflitos entre profissionais e relações interpessoais; sistemas de informação: SAM, SAPE, ALERT; cuidados continuados: referenciação de utentes; linhas orientadoras e gestão da qualidade no atendimento aos utentes; metodologias de trabalho e contextualização prática; tratamento de feridas/úlceras: utilização de pensos medicados.

Elencado os problemas e necessidades formativas da equipa multiprofissional o passo seguinte passa pela determinação de prioridades de intervenção, seguida da fixação de objectivos e definição de estratégias a levar a cabo na concretização do referido plano de formação.

Após a abertura da USF será elaborado uma proposta de plano de formação contínua e desenvolvimento profissional com calendarização de datas e metodologia de formação para apresentação e aprovação em conselho geral. Paralelamente à formação interna que se pretende desenvolver ao longo do ano 2012 e mediante autorização do coordenador da USF, os profissionais poderão participar em formações promovidas pela equipa de gestão de conhecimento da ARS Norte e outras entidades formativas, tendo em conta as necessidades de formação individuais, pessoais e em áreas de âmbito e interesse para a USF. Após a participação em acções de formação externa, os participantes deverão partilhar a informação e conhecimento adquirido com os restantes profissionais.

Será propósito da USF participar em projectos de investigação na área dos CSP e especialmente orientados para a enfermagem de família de natureza interna ou externa, colaborar e participar na orientação pré e pós graduada de estudantes de enfermagem e de medicina, entre outras áreas.

A satisfação dos profissionais e dos utentes da USF torna-se um indicador da qualidade da prestação de serviço, visto que quando o mesmo está satisfeito, envolve-se na mudança, na entrega e na concretização do projecto. A satisfação dos utentes surge pela necessidade de monitorizar a avaliação que os utentes da USF fazem dos cuidados prestados e das instalações. Contribui para a detecção de fragilidades na organização da USF e de áreas que necessitam de intervenção e de medidas correctivas.

Todas as actividades desenvolvidas fundaram momentos de aprendizagem, com aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e mobilização de competências técnico-científica e sócio

relacionais, que tornasse possível a implementação e desenvolvimento deste projecto. Estamos convictos que estas actividades foram importantes na organização e estrutura da USF, facilitou a implementação do enfermeiro de família e no incentivo à melhoria e adequação de boas práticas.

#### **4 – PERSPECTIVANDO A CONTINUIDADE**

A reforma dos CSP e consequentemente a criação das USF surgiram devido à necessidade de promover o aumento da qualidade dos serviços prestados. O conjunto de medidas políticas instituídas, têm como objectivo melhorar a qualidade e reduzir as desigualdades, quer na acessibilidade e nos cuidados de saúde prestados. Desta forma, subentende-se a preocupação do Governo com os CSP que englobava o cuidado com os interesses e necessidades dos utentes, aliada a necessidade de uma reforma estrutural e financeira.

Com efeito desta reforma, o Relatório de Primavera (2011), salientou aspectos positivos e negativos. Dos primeiros destaca-se o número de profissionais envolvidos; ganhos de cobertura da população, como já tivemos oportunidade de verificar ao longo deste trabalho de projecto; maturidade e espírito crítico dos profissionais; melhoria dos cuidados de saúde prestados à população, através do aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde, ganhos de eficiência e efectividade, satisfação dos utentes e profissionais com o modelo organizacional das USF; maior interesse e implementação de projectos de investigação em CSP. Dos aspectos negativos, realce para as falhas e insuficiências dos sistemas de informação; desigualdades na contratualização a nível regional devido à falta de autonomia do ACES em consequência do aumento da centralização de gestão nas ARS; problemas de mobilidade de recursos humanos e manutenção de vínculos laborais precários, especialmente nos enfermeiros (OPSS, 2011)

O processo de contratualização é um eixo primordial da reforma dos CSP, que tem progredido claramente nos últimos anos mas que sofre ainda de importantes constrangimentos, tais como: “i) disparidades e deficiências nos processos de contratualização, por não existir diferenciação em relação ao contexto geodemográfico e a outras características e singulares que possam existir entre unidades; ii) imposição arbitrária de valores das metas, em alguns casos” (USF-NA, 2011 cit in OPSS, 2011, pp. 11-12)

Outro aspecto que tem provocado constrangimento à mudança organizacional da USF é a situação dos sistemas de informação, onde reside a necessidade de substituição de equipamento informático considerado no momento desadequado e desajustado, o aumento da velocidade de transmissão de dados e a necessidade de uma mais fácil extracção dos dados e correspondente relação entre variáveis (OPSS, 2011). Na maior parte dos contextos de trabalho têm-se verificado lacunas nos sistemas informáticos, devido à velocidade e largura da banda, provocando uma quebra e falha nos registos realizados pelos profissionais. Outro aspecto é a existência de sistemas de informação não comunicantes entre si dentro da mesma instituição de saúde e entre os CSP e cuidados de saúde diferenciados, motivando a descontinuidade de cuidados prestados e a repetição de registos e informações clínicas do utente. Ainda, relativamente ao programa informático SAPE, verifica-se dentro de alguns programas de saúde, a inexistência de fenómenos

e intervenções essenciais ao processo de saúde do utente e à política de qualidade de registos clínicos.

As dificuldades de registos no sistema de informação SAPE assentam, essencialmente no número de dados a registar, na escassez de uma nomenclatura característica de abordagem às famílias e na problemática associada aos registos electrónicos, que ainda não apresentam uma estrutura que possibilite o registo de dados elementares específicos da família, considerados como ferramentas fundamentais na prática clínica como sejam o genograma, o ecomapa entre outros.

Relativamente aos rácios de enfermeiro de família, a normativa legal de acordo com o preconizado pela OMS, prevê um número de 1550 utentes ou cerca de 300 a 400 famílias por enfermeiro de família por área geográfica. No entanto, consideramos que, após um estudo populacional de cada USF, esta normativa deveria ser sujeita a possíveis alterações ou rectificações. Sabemos que, em Portugal, tem-se verificado um aumento do número da população idosa e dependente, situação que requer do enfermeiro de família maior atenção, disponibilidade e tempo para a prestação de cuidados de saúde comparativamente a uma população jovem e adulta. Neste seguimento, a contagem de número de utentes e família por enfermeiro de família deveria ser realizada em unidades ponderadas, como exposto no capítulo 2 – Unidade de Saúde Familiar: o impulso de uma nova reforma. Julgamos que, um enfermeiro com uma lista de utentes maioritariamente idosa necessita de maior tempo para a prestação de cuidados e visitas domiciliárias do que um enfermeiro com uma lista de utentes na sua maioria jovens e adultos. Desta forma, compreendemos a necessidade do número de utentes ser ajustado ao tipo de população inscrita na USF e não de um número exacto de utentes ou famílias.

Continua-se a observar a criação de novas equipas de USF embora, como seria de esperar, a um ritmo mais lento do que anteriormente. Para o futuro, parece haver necessidade de se pensar em desenhos diferentes para estas unidades de saúde de modo a melhor se adaptarem ao contexto populacional e geográficos, especialmente os de meio rural.

Na actual crise económica, financeira e social vivida em Portugal, as incertezas relativamente à sustentabilidade do SNS tem sido uma das grandes preocupações do Governo e da população. O impacto da actual crise poderá interferir na saúde dos portugueses e no seu sistema de saúde, com necessidade de alteração e/ou criação de novas políticas de saúde. Entre as várias medidas a adoptar pelo MS no actual contexto de crise, destaca-se a continuação da reforma dos CSP, com consequente aumento do número de USF e a continuação da utilização de uma combinação de pagamentos aos profissionais relacionados com os salários e o desempenho, tal como acontece actualmente. Outra medida é a de assegurar que a USF conduza a uma mais efectiva prestação de cuidados e à redução de custos, como já tem vindo a acontecer. No ano de 2009, os resultados da reforma dos CSP evidenciaram uma diminuição dos custos (OPSS, 2011).

Podemos, desta forma, considerar que, a reforma dos CSP e especialmente as USF, foram perspectivadas no sentido de se constituir como alavanca para a continuidade sustentável do

SNS, na construção de respostas efectivas, orientadas para ganhos em saúde, reforçar a proximidade, acessibilidade, equidade e criar respostas no âmbito da promoção, protecção da saúde e prevenção da doença.

É com satisfação que asseguramos que todos os esforços empregues na concretização deste trabalho de projecto estão em concordância com as orientações emanadas para a reforma dos CSP em Portugal e a criação de USF, perspectivando-se um percurso trabalhoso, que requer elevado empenho e dedicação de todos os profissionais da USF.

## **5 – CONCLUSÃO**

Uma das nossas intenções, nesta etapa do trabalho de projecto, é a de concluirmos com uma breve síntese dos aspectos abordados ao longo do seu desenvolvimento e que consideramos mais significativos para a sua compreensão, julgamos relevante iniciar esta abordagem pela reorganização dos CSP.

A actual reforma dos CSP, iniciada em 2005, representou um marco importante no contexto da saúde em Portugal. Considerada por muitos como um acontecimento extraordinário, reunindo princípios de descentralização, auto organização e responsabilidade criando um novo modelo de prestação de cuidados com equipas profissionais voluntárias, coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e surgem como forma, também de dar resposta à necessidade de promover o aumento da qualidade dos serviços de saúde prestado (GCRCS, 2009).

A face mais visível desta reforma foi sem dúvida a criação das USF. A adesão voluntária dos profissionais de saúde a este modelo organizacional resultou das suas experiências e vivências ao longo dos anos de exercício profissional em CSP. Este processo de adesão assentou numa auto responsabilização e organizativa dos profissionais, isto é, escolheram-se tendo em conta as suas afinidades e a partilha de um objectivo comum, traduzido pela liderança no terreno de um processo inovador no contexto dos CSP.

O quadro legislativo actual dos CSP e a implementação da USF contempla a família como alvo dos cuidados de saúde e, vem comprovar o papel promissor do enfermeiro de família, percebido como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

O enfermeiro de família presta cuidados de enfermagem centrados na família, ao longo de todo o ciclo vital, acompanhando a saúde e doença de todos os membros familiares, considerando aos seus projectos de saúde, necessidades e competências, em que o enfermeiro assume o papel de educador, conselheiro, consultor, coordenador, investigador, entre outros. Vários acontecimentos tenham contribuído para que o retorno das famílias à centralidade dos cuidados de enfermagem seja cada vez mais real e efectuado com conjunto de saberes e ciência, Esta evolução obriga a que o enfermeiro adquira e/ou desenvolva competências em várias áreas do saber, motivação e sensibilização para a prática diária de abordagem à família.

Na fase final deste trabalho, importa lembrar que o objectivo que conduziu à sua realização foi o desenvolvimento de um trabalho de projecto que permitisse simultaneamente a aquisição do grau de mestre e fundamentalmente que se constituísse como um espaço e tempo formativo que fosse susceptível de reflectir a necessidade da implementação do enfermeiro de família numa USF de acordo com as novas políticas de saúde e a reforma dos CSP. Ao longo do trabalho reflectimos acerca de várias questões inerentes à criação e organização das USF e a metodologia de trabalho



por enfermeiro de família.

Para compreender a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica, iniciamos este trabalho de projecto por fazer uma abordagem a várias temáticas tidas como fundamentais, especificamente a contextualização histórica e evolução da saúde em Portugal, a reforma dos CSP com a criação das USF; a contratualização na saúde e especificamente nos CSP; a importância de enfermagem de família na reestruturação dos CSP e a situação do enfermeiro de família em Portugal e particularmente nas USF.

Na segunda parte deste trabalho, apresentamos a concretização do projecto, em que se procedeu a uma análise de situação entendida como uma etapa primordial do planeamento. Assim, foi efectuada uma análise SWOT, que permitiu sintetizar de forma generalizada, a análise interna e externa no âmbito da implementação do enfermeiro de família na USF. Como resultado desta análise pudemos verificar quais os elementos a considerar por forma a estabelecer as prioridades de actuação, assim como, prever quais os riscos a ter em conta e quais os problemas passíveis de resolução. Indicou-nos quais as vantagens e as oportunidades a potenciar e explorar.

Para complementar esta análise foi elaborado um diagrama de causa e efeito de Ishikawa, que permitiu compreender e relacionar os factores internos à organização. Na sequência, procedemos à caracterização do contexto do estudo e recursos necessários. A partir desta análise foi criado o plano de acção, sistematizado em três principais actividades: dinâmicas de implementação e funcionamento do enfermeiro de família; colaboração na criação e elaboração de documentos de suporte e apoio ao desenvolvimento da equipa multiprofissional. Neste seguimento, procedemos a uma análise aprofundada das actividades e estratégias planeadas, à concretização e implementação das acções e por último uma breve referência às perspectivas de continuidade.

Realçamos que ainda não se encontram concretizadas todas as acções planeadas, designadamente o plano de formação contínua e desenvolvimento profissional, a participação em investigação na área dos CSP, a participação na orientação em formação pré e pós graduada de estudantes de enfermagem e de medicina e a avaliação da satisfação dos utentes e profissionais. Os mesmos serão executados atendendo aos *timings* definidos para a sua concretização para serem submetidos a aprovação em Conselho Geral da USF. Todas as restantes acções estão concluídas e aprovadas, no entanto como está previsto a abertura da USF em Janeiro de 2012 ainda não foi possível até ao momento proceder à respectiva avaliação.

Os conteúdos teóricos abordados ao longo desta trajectória formativa do mestrado constituíram, momentos de ensinamentos intensivos extraordinariamente importantes pelos contributos científicos, oportunidades de reflexão e conhecimentos alargados e pluridisciplinares em áreas fundamentais e aplicadas, complementando o conjunto de conhecimentos necessários e dotando-nos de competências que possam representar mais valias enquanto profissionais de saúde. Este contributo revelou-se fundamental na produção deste trabalho de projecto e na criação de ferramentas de trabalho para a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família

por área geográfica.

Também, este trabalho trouxe algumas mais valias no conhecimento da reforma dos CSP e na organização e funcionamento do enfermeiro de família numa USF. Identificou algumas necessidades e problemas existentes em torno da realidade do enfermeiro de família na prestação de cuidados de saúde à família, proporcionando momentos de reflexão sobre o actual funcionamento e as normativas legais referentes à criação e funcionamento da USF.

Desta forma foi também nosso objectivo ao longo deste estudo, compreender os problemas que afectam a prática do enfermeiro de família e estabelecer um plano de acção que oriente para a mudança e para o desenvolvimento de práticas centradas na família, enquanto alvo de cuidados.

Da exposição realizada, podemos assegurar que os objectivos propostos para este trabalho de projecto foram alcançados. Foi construída uma base sólida que sustenta a organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de família por área geográfica e reunidas as condições essenciais para o seu sucesso. Este efeito positivo foi possível devido, à mobilização de conhecimentos adquiridos na prática e em contexto de formação e a aquisição de conhecimentos e competências na área da gestão e das políticas de saúde, a capacidade de análise crítico reflexiva das situações e a aplicação dos conhecimentos adquiridos no âmbito do Mestrado em gestão das Organizações – Gestão de Unidades de Saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (Janeiro de 2009). Unidades de Saúde Familiar: Metodologia de Contratualização - USF Modelo A e Modelo B. Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page\\_46/Contratualizacao\\_USF\\_2009\\_v\\_1\\_3.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Contratualizacao_USF_2009_v_1_3.pdf).
- Administração Central do Sistema de Saúde. Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados: Metodologias de Contratualização. (Janeiro de 2010). Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page\\_46/metodologiacontratualizacousf\\_2010\\_publicada.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/metodologiacontratualizacousf_2010_publicada.pdf).
- Afonso, P. B. (2010). Contratualização em Ambiente de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 59-64.
- Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. (2010). O momento actual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal 2009/2010. Obtido em 4 de Julho, 2011, de [http://www.usfan.net/pdf/relatorio\\_de\\_estudo.pdf](http://www.usfan.net/pdf/relatorio_de_estudo.pdf).
- Barros, P. P. (2009). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos* (2ª ed.). Lisboa: Almedina.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R., & Carreira, M. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores PC.
- Capucha, L. M. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos - Guião Prático*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. (2007). Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Obtido em 12 de Julho, 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonl>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (Junho de 2008). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 4 de Julho, 2011, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf).
- Costa, C. (1990). Financiamento de Serviços de Saúde: a Definição de Preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 65-72.

- Costa, C., Santana, R., & Boto, P. (2008). Financiamento de capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 67-102.
- Covita, H. (Junho de 2006). *Um olhar sobre as USF*. Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/page\\_56/UmolharsobreasUSFMCSPT200606CovitaH.pdf](http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/page_56/UmolharsobreasUSFMCSPT200606CovitaH.pdf).
- De La Cuesta, C. (1995). Família Y Salud. *Revista Rol de Enfermaria*, pp. 21-24.
- Decreto-Lei n.º 35 311 de 25 de Abril de 1946. (s.d.). Cria a federação das caixas de previdência.
- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. (s.d.). Reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e da Assistência. *Diário do Governo n.º 228. Série I*.
- Decreto-Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. (s.d.). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195. Série I*.
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. (s.d.). Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. *Diário da República n.º 10. Série I*.
- Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril. (s.d.). Estabelece a rede de cuidados de saúde primários. *Diário da República n.º 77. Série I-A*.
- Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro. (s.d.). Estabelece a lei orgânica do Ministério da Saúde na sequência de aprovação do PRACE. *Diário da República n.º 208. Série I*.
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. (s.d.). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiares e o regime de incentivos a todos os elementos que a constituem. *Diário da República, n.º 162. Série I*.
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 28 de Fevereiro. (s.d.). Cria os agrupamentos dos centros de saúde do Sistema Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 38. Série I*.
- Departamento de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários. (Agosto de 2011). Obtido em 25 de Setembro, 2011, de <http://www.mcsp.min-saude.pt>
- Despacho n.º 22 250/2005 de 3 de Outubro. (s.d.). Reinicia o processo de contratualização e reconstitui as agências de contratualização de serviços de saúde. *Diário da República n.º 205. Série II*.
- Despacho n.º 14 839/2006, de 12 de Julho. (s.d.). Cria uma comissão para a dinamização da contratualização. *Diário da República n.º 133. Série II*.
- Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de Outubro. (s.d.). Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento, A, B, e C. *Diário da*

*República n.º 203. Série II.*

Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro. (s.d.). Estabelece a disciplina de lançamento e implementação das USF. *Diário da República, n.º 34. Série I-B.*

Despacho Normativo n.º 10/2007 de 26 de Janeiro. (s.d.). Proceda a alterações ao Despacho Normativo n.º 9/2006. *Diário da República n.º 19. Série II.*

Direcção Geral da Saúde. (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração: Manual para a Mudança*. Obtido em 4 de Julho, 2011, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>

Escoval, A. (Novembro de 2003). *Evolução da Administração Pública: o papel da contratualização. Factores Críticos do Contexto Português*. Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.contratualizacao.minsaude.pt/Downloads\\_Contrat/Investigação/TeseDoutoramentoAnaEsco](http://www.contratualizacao.minsaude.pt/Downloads_Contrat/Investigação/TeseDoutoramentoAnaEsco)

Escoval, A., Jesuino, J. C., Moreira, P., Tomás, A., Ferreira, C. C., & Oliveira, I. (Dezembro de 2007). *Inovação de Políticas em Saúde: o caso da contratualização em Portugal*. Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioProjecto-o-caso-da-contratualizacao-em-Portugal\\_7.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioProjecto-o-caso-da-contratualizacao-em-Portugal_7.pdf)

Escoval, A., Matos, T. T., Xardoné, A., Ferreira, A. C., Moreira, F., & Oliveira, M. I. (2008). *Contratualizar em Saúde. Na senda dos Resultados: relatório final*. Obtido em 10 de Setembro, 2011, de [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PI\\_Contratualizar-em-Saude\\_2008\\_RelatorioFinal\\_0.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PI_Contratualizar-em-Saude_2008_RelatorioFinal_0.pdf)

Fernandes, M. T. (Setembro/Outubro de 1999). Metodologia do Projecto. *Servir*, pp. 233-236.

Ferreira, M. (Julho/Agosto de 2005). Enfermeiro de Família. *Nursing*, pp. 10.

Figueiredo, M. H. (Janeiro/Fevereiro de 2006). Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem. *Servir*, pp. 11-14.

Figueiredo, M. H. (Janeiro de 2008). Cuidar a Família: dos Conceitos às Representações. *Sinais Vitais*, pp. 50-55.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar*. Obtido em 10 de Julho, 2011, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (Julho/Setembro de 2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidados e Saúde*, pp. 552 - 559.
- Gouveia, M., Silva, S. N., Oliveira, P., & Miguel, L. S. (2006). *Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental*. Obtido em 10 de Setembro, 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/.../0/RelatórioAPESRRE.pdf>
- Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Acontecimento Extraordinário - SNS Proximidade com. (2009). *Acontecimento Extraordinário: SNS Proximidade com Qualidade*. Obtido em 12 de Julho, 2011, de <http://www.usfan.net/pdf/RGCRCSP.pdf>.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação* (2º ed.). Lisboa: Lusociência.
- INE, PORDATA. Dimensão Média das Famílias em Portugal. (22 de Fevereiro de 2011). Obtido em 15 de Novembro, 2011, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Dimensao+media+das+familias-511>
- Louro, C. (2006). O Enfermeiro de Família - Novo Paradigma na Prestação de Cuidados de Saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 33.
- Meireles, A. (2008). *Contratualização e Necessidades em Saúde nos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/Contratualizacao\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/Contratualizacao_CMeireles.htm)
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume II - Orientações Estratégicas*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2006). *Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar para 2007*. Obtido em 15 de Outubro, 2011, de [http://www.mcsp.min-saude.pt/imagens/content/page\\_46/contratualizacao%20-%202007.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/imagens/content/page_46/contratualizacao%20-%202007.pdf)
- Ministério da Saúde. (08 de Julho de 2009). 30 Anos Serviço Nacional de Saúde-Garantir o futuro. Intervenção da Ministra da Saúde. Obtido em 15 de Outubro, 2011, de [www.sns30anos.min-saude.pt/Paginas/IntervencaoMinistra.aspx](http://www.sns30anos.min-saude.pt/Paginas/IntervencaoMinistra.aspx)
- Ministério da Saúde. (26 de Abril de 2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Obtido em 15 de Outubro, 2011, de [http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/im\\_26-05-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/im_26-05-2011.pdf)
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (Abril de 2007). *Reforma dos Cuidados de Saúde*

*Primários: Plano Estratégico 2007-2009*. Obtido em 21 de Julho, 2011, de [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Estrategia\\_Cuidados\\_Saude\\_Primarios.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Estrategia_Cuidados_Saude_Primarios.pdf)

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2009). *Estatística das USF*. Obtido em 21 de Julho, 2011, de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A0097953-ED99-47E8-889C-59AB137FF8BE/0/CAND NAC20091207.pdf>.

Monteiro, M. J. (Maio de 2009). *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Obtido em 4 de Julho, 2011, de [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *Saúde: que rupturas? - Relatório de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2006). *Um ano de governação em saúde: sentidos e significados - Relatório de Primavera*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Luzes e sombras: a governação em saúde - Relatório de Primavera*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2008). *Riscos e incertezas - Relatório de Primavera*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2009). *10/30 anos: Razões para continuar - Relatório de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Desafios em tempo de crise - Relatório de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública. .

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2011). *Da depressão da crise Para a governação prospectiva da saúde - Relatório de Primavera*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e a Universidade de Évora.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

- Pisco, L. (Abril de 2010). A reforma vai prosseguir. *Revista Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, pp. 6-14.
- Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro. (s.d.). *Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF)*. Obtido de Diário da República n.º 201. Série I.
- Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril. (s.d.). Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar. *Diário da República n.º 77. Série I*.
- Queiroz, A. (Julho de 2009). Enfermeiros e Famílias - Abordagem sobre a Enfermagem de Família e o Enfermeiros (de saúde) da Família. *Sinais Vitais*, pp. 11-20.
- Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro. (s.d.). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 35. Série II
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. (s.d.). Cria a Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República n.º 196. Série 1-B*. Silva, A. S. (Setembro de 2008).
- Resolução de Conselho de Ministros 60/2007, de 24 de Abril. (s.d.). Prorroga por dois anos o mandato da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República n.º 80. Série 1*.
- Ruivo, M.A & Ferrito, C (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 2-37.
- Silva, S. (Maio de 2009). *Da investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Obtido em 4 de Julho, 2011, de [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf)
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Tomás, A., & Moreira, P. K. (2010). Incentivos em Saúde: em busca de um modelo para Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 73-94.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (3ª ed.). Brasil: Roca.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Relação de Recursos Materiais, Equipamentos e Instalações da USF

## Instalações da USF

Acessos e sinalização: sinalização adequada à orientação e movimentação dos utentes, todos os locais de trabalho devem estar devidamente identificados e com facilidades de acesso e de mobilidade para deficientes.

Salas de espera: ambiente acolhedor, permitindo a privacidade e o conforto dos utentes, com assentos em número suficiente, equipado com brinquedos, informações e material de promoção da saúde, instalações sanitárias para utentes, incluindo cidadãos portadores de mobilidade reduzida.

Gabinetes médicos: gabinetes individuais para cada médico, com condições adequadas para a avaliação dos utentes, equipamento necessário à prática de medicina geral e familiar.

Gabinetes de enfermagem: gabinetes de enfermagem em número suficiente (pelo menos 1 gabinete para cada dois enfermeiros, pelo menos uma sala de tratamentos com 2 postos de trabalho), equipamento necessário ao exercício das actividades de enfermagem.

Área de Saúde da Mulher e da Criança: deve existir uma área específica para estas actividades em saúde.

Área de Secretariado: deve dispor de espaço suficiente (área de recepção ao utente e área de retaguarda) e equipamento necessário.

Comunicações: central telefónica, fax e correio electrónico oficial para todos os profissionais, telefone e internet em todos os postos de trabalho.

Sistema de Informação: todos os postos de trabalho devem dispor de computadores e ligação em rede, deverá estar instalado um sistema de informação com módulo administrativo e clínico (médico e enfermagem).

Local de reuniões e biblioteca: com mobiliário adequado e material audiovisual.

## Recursos Materiais Necessários à Implementação do Enfermeiro de Família

Atitudes Terapêuticas	Quantidade para 2 sala
Agrafador	2
Armário de parede em fórmica com portas	2
Aspirador de secreções	2
Balde em inox com pedal 20L	2
Bancada com lava louça em armário em fórmica com portas	2
Banco de apoio para perna	2
Banco rotativo elevatório	2
Cadeira individual estofada	4
Cadeira rodada c/ braços	2
Candeeiro de exame c/ suporte à parede	2
Carro de pensos em aço inoxidável com gavetas	2
Cesto para papéis inúteis	2
Computador	2
Degrau duplo em inox	2
Esfigmomanómetro de mesa (braçadeira para adulto e criança)	2
Estetoscópio	2
Furador	2
Impressora Multifunções	2
Marquesa eléctrica	2
Mesa de apoio em inox	2
Mesa de apoio p/ impressora	2
Placard informativo	2
Sistema de cortinas	2
Secretária c/ tampo em fórmica c/ 2 gavetas	2
Suporte para sabão líquido / desinfetante de mãos	2
Suporte para toalhas de papel	1
Tabuleiro em inox	6

Gabinete de Enfermagem	Quantidade para 5 Gabinetes
Agrafador	5
Aparelho de avaliação de glicemia capilar	5
Armário para arrumação	5
Armário vestiário	2
Balança para pesar adultos com craveira	5
Balança pediátrica digital	5
Balde com pedal em inox 20L	5
Cadeira individual estofada	10
Cadeira rodada c/ braços	5
Candeeiro de exame com suporte à parede	5
Cesto para papéis inúteis	5
Computador	5
Craveira	5
Esfingomanómetro de mesa (braçadeira de adulto e de criança)	5
Estetoscópio	5
Frigorífico	5
Fita métrica	10
Furador	5
Impressoras multifunções	5
Marquesa infantil	5
Mesa de apoio em inox para balança pediátrica	5
Mesa de apoio para impressora	5
Pediómetro	5
Placard informativo	5
Secretária c/ tampo em fórmica c/ 2 gavetas	5
Suporte para sabão líquido / desinfetante de mãos	10
Suporte para toalhas de papel	5
Tabuleiro em inox	10
Termómetro infravermelho à distância	5

Gabinete de Enfermagem Saúde Materna	Quantidade para 1 Gabinete
Agrafador	1
Aparelho de avaliação de glicemia capilar	1
Armário para arrumação	1
Balança para pesar adultos com craveira	1
Balde com pedal em inox 20L	1
Banco rotativo e elevatório	1
Cadeira individual estofada	2
Cadeira rodada com braços	1
Candeeiro de exame c/ suporte à parede	1
Cesto para papéis inúteis	1
Computador	1
Doppler de FCF portátil	2
Esfignomanómetro de mesa (braçadeira adulto e criança)	1
Estetoscópio	1
Furador	1
Impressora multifunção	1
Marquesa obstétrica e Ginecológica eléctrica	1
Mesa de apoio para impressora	1
Mesa de penso com gavetas em inox	1
Placard informativo	1
Secretária com tampo em fórmica e c/ 2 gavetas	1
Sistema de cortinas	1
Suporte para sabão líquido / desinfectante de mãos	2
Suporte para toalhas de papel	1
Tabuleiro em inox	2
Termómetro infravermelho à distância	1

Gabinete de Domicílios	Quantidade para 1 Gabinete
Agrafador	1
Armário de parede em fórmica com portas	1
Armário para arrumação	2
Balança Portátil Adulto	1
Balde com pedal em inox 20l	1
Cesto p/ papeis inúteis	1
Bancada com lava louça em armário de fórmica c/portas	1
Cadeira rodada com braços	1
Cadeira individual estofada	2
Computador	1
Esfigmomanómetro (braçadeira para adulto e pediátrica)	1
Estetoscópio	1
Furador	1
Impressoras multifunções	1
Mesa de Apoio para impressora	1
Placard informativo	2
Saco com múltipla arrumação	2
Secretária com tampo em fórmica c/ 2 gavetas	1
Suporte de sabão líquido/desinfectante de mãos	2
Suporte de toalha de papel	1

## **APÉNDICE II**

Cronograma de Actividades







### **APÊNDICE III**

Atividade 1: Dinâmicas de Organização e Funcionamento do Enfermeiro de Família

---

## **Atividade 1**

### **Dinâmicas de Organização dos Cuidados pelo Método de Enfermeiro de Família por Área Geográfica**

---

#### **Fundamentação**

A equipa multiprofissional da USF deve identificar e caracterizar a sua área geográfica de influência. No processo de implementação do enfermeiro de família na USF, é necessário definir o rácio do enfermeiro de família, de acordo com normativas legais e através do conhecimento do número de utentes inscritos nos médicos de família que exercem funções na USF e respectivo agregado familiar e número de famílias. Na sequência da realização das acções expostas é importante definir o enfermeiro de família gestor de caso/área geográfica, que será aquele profissional responsável por um determinado utente e família da sua área geográfica. A equipa deve ainda definir, para estes utentes, orientações específicas de acesso à carteira básica de serviços.

A elaboração de um horário fixo ao longo do ano para o enfermeiro de família permite ao mesmo e à USF, um planeamento atempado do trabalho, possibilita agendamentos de consultas e/ou outras actividades de enfermagem a longo prazo, garantindo resposta adequada às necessidades de saúde dos utentes e famílias e continuidade de cuidados.

No seguimento destas acções é importante definir os indicadores e metas a contratualizar para o enfermeiro de família nos diferentes programas de saúde, de forma a dar resposta à carteira básica de serviços da USF.

A preocupação com os registos em enfermagem nos sistemas de informação inquieta os enfermeiros de família, desta forma surge a importância de proceder à elaboração de um manual para a qualidade dos registos de enfermagem, que certamente irá contribuir para melhorar os indicadores relativos à saúde da população, obter ganhos em saúde e promover a continuidade de cuidados.

---

#### **Objetivos**

- Definir área geográfica de influência da USF.
  - Identificar número de utentes inscritos na USF.
  - Definir rácios do enfermeiro de família para a área geográfica de actuação da USF.
  - Designar o enfermeiro gestor de caso de cada área geográfica.
  - Elaborar um modelo de horário de enfermagem.
  - Definir os indicadores e metas a contratualizar relativos aos enfermeiros de família.
-

- 
- Construir o manual para a qualidade dos registos de enfermagem.
- 

### **Estratégias**

- Análise documental inerente à implementação e funcionamento do enfermeiro de família numa USF.
  - Definição e caracterização da área geográfica de influência da USF.
  - Identificação do número de utentes inscritos nos médicos de família da USF, através do sistema de informação SINUS.
  - Reunião com a equipa de enfermagem para definição dos rácios de utentes para cada enfermeiro de família de acordo com o número de utentes/famílias inscritas na USF.
  - Designação do enfermeiro gestor de caso para cada área geográfica de influência da USF e proceder à sua actualização no sistema de informação SAPE.
  - Definição do número de horas anuais necessárias por enfermeiro de família para cada programa de saúde da carteira básica de serviços.
  - Elaboração de um modelo de horário fixo semanal para cada enfermeiro de família.
  - Consulta de documentação que apoie a definição dos indicadores e valores de metas a contratualizar.
  - Reunião com a equipa multiprofissional da USF para proceder à definição dos indicadores e valor das metas a contratualizar, relativos ao enfermeiro de família.
  - Reunião com o DE, UAG e Conselho Clínico do ACES para proceder à negociação e contratualização interna dos indicadores e metas previamente definidas.
  - Consulta de documentação no sentido de construir um manual para a qualidade dos registos de enfermagem.
  - Reunião com a equipa de enfermagem da USF para efectuar a selecção da informação a integrar no respectivo manual.
  - Elaboração do manual para a qualidade dos registos de enfermagem no sistema informáticos SAPE.
  - Submissão à aprovação do manual para a qualidade dos registos de enfermagem.
- 

### **Indicadores/Avaliação**

- Definição da área geográfica de influência da USF, concluída até 29 de Outubro de 2011.
  - Identificação do número de utentes inscritos na USF, completada até 29 de Outubro de 2011.
  - Definição dos rácios dos enfermeiros de família para a área geográfica de actuação da USF, concluída até 29 de Outubro de 2011.
-

- 
- Designação do enfermeiro gestor de caso de cada área geográfica, concluída até 5 de Novembro de 2011.
  - Elaboração do modelo de horário de enfermagem, concluído até 19 de Novembro de 2011.
  - Definição da proposta de indicadores e metas a contratualizar relativos aos enfermeiros de família, concluída até 28 de Janeiro de 2012.
  - Aprovação pelo DE, UAG e Conselho Clínico do ACES da proposta de indicadores e metas a contratualizar relativos aos enfermeiros de família, concluída até 31 de Março de 2012.
  - Construção da proposta de um manual para a qualidade dos registos de enfermagem, concluída até dois meses após abertura da USF.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da proposta de um manual para a qualidade dos registos de enfermagem, finalizada até três meses após abertura da USF.
-

## **APÊNDICE IV**

Actividade 2: Colaboração na Criação de Elaboração de Documentos de Suporte

---

## **Actividade 2**

### **Colaboração na criação e elaboração de documentos de suporte**

---

#### **Fundamentação**

A construção de um manual de acolhimento revela ser um instrumento facilitador no processo de acolhimento do utente, compreensão da organização e funcionamento da USF. A criação do organigrama da USF permite apresentar a estrutura formal da instituição de saúde, as competências e responsabilidades de cada profissional e as relações de comunicação existentes.

A elaboração do manual de articulação surge pela necessidade de conciliar a criação de USF como uma estrutura prestadora de cuidados de saúde com autonomia organizativa, funcional e técnica, com o âmbito da actividade dos ACES. Pretende-se que este documento constitua um instrumento de modernização e desburocratização, simplificando procedimentos e articulações com as demais unidades de saúde do ACES através do estabelecimento de regras simples e claras, reconhecidas como vantajosas para ambas as partes. De igual forma, a elaboração do regulamento interno da USF constitui um documento dinâmico e tem como objectivo enquadrar a organização e funcionamento da USF. A USF deverá realizar e implementar um plano de acompanhamento interno, integrado num processo de auto avaliação, com a finalidade de obter a acreditação.

---

#### **Objectivos**

- Construir o manual de acolhimento ao utente.
- Criar o organigrama da USF.
- Elaborar o manual de articulação.
- Elaborar o regulamento interno.
- Construir o plano de acompanhamento interno.

---

#### **Estratégias**

- Consulta de documentação que auxilie na construção do manual de acolhimento ao utente da USF.
  - Reunião com a equipa multiprofissional da USF para efectuar a selecção da informação a integrar no respectivo manual.
  - Construção do manual de acolhimento ao utente da USF.
  - Reunião com a equipa multiprofissional para definir competências a assumir por cada profissional
-



---

dentro da USF.

- Criação do organigrama da USF.
- Articulação e compromisso com as restantes unidades funcionais do ACES com objectivo de negociar e agilizar a articulação a ser efectuada entre ambas as partes.
- Reunião com a equipa multiprofissional para seleccionar informação necessária na elaboração do manual de articulação.
- Elaboração do manual de articulação.
- Reunião com a equipa multiprofissional para definição de normas de organização e funcionamento da USF.
- Elaboração do regulamento interno da USF.
- Reunião com a equipa multiprofissional para definição da área de intervenção e actuação do plano de acompanhamento interno da USF.
- Consulta de documentação necessária à construção do plano de acompanhamento interno.
- Reunião com a equipa multiprofissional para proceder à selecção da informação a integrar no plano de acompanhamento interno.
- Construção do plano de acompanhamento interno da USF.
- Reunião com o DE, UAG e Conselho Clínico do ACES para proceder à negociação e contratualização do plano de acompanhamento interno da USF.
- Submissão à aprovação pelo Conselho Geral da USF dos documentos: manual de acolhimento ao utente, organigrama da USF, manual de articulação, regulamento interno e plano de acompanhamento interno.

---

### **Indicadores/Avaliação**

- Construção do manual de acolhimento ao utente, concluído até 12 de Dezembro de 2011.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da proposta do manual de acolhimento ao utente, finalizada até 26 de Dezembro de 2011.
  - Criação do organigrama da USF, elaborado até 12 de Dezembro de 2011.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da criação do organigrama da USF, finalizada até 26 de Dezembro de 2011.
  - Elaboração do manual de articulação, concluído até três meses após abertura da USF.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da proposta do manual de articulação, finalizada até três meses após abertura da USF.
  - Aprovação pelo Coordenador da USF e Director Executivo do ACES do manual de articulação,
-

---

finalizado até três meses após abertura da USF.

- Elaboração do regulamento interno, concluído até três meses após abertura da USF.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da proposta do regulamento interno, finalizada até três meses após abertura da USF.
  - Construção do plano de acompanhamento interno, finalizado até 13 de Fevereiro de 2012.
  - Aprovação pelo DE, UAG e Conselho Clínico do ACES do plano de acompanhamento interno a contratualizar, concluída até 31 de Março de 2012.
-

## **APÊNDICE V**

Actividade 3: Apoio ao desenvolvimento da equipa multiprofissional

---

### **Actividade 3**

#### **Apoio ao desenvolvimento da equipa multiprofissional**

---

##### **Fundamentação**

A elaboração de um plano de formação contínua e desenvolvimento profissional tem como objectivo o aumento global e continuado da qualidade de prestação de cuidados de saúde, o desenvolvimento de aptidões e competências de todos os seus profissionais, traduzindo-se numa mais valia pessoal, de promoção e satisfação profissional.

A participação em investigação na área dos CSP e especialmente na área de enfermagem de família, é objectivo da USF. As propostas de trabalhos na área de investigação podem ser de natureza externo ou de iniciativa interna.

A USF pretende ser uma organização de aprendizagem, na qual se propõe o desenvolvimento profissional e formativo, no âmbito de orientação em formação pré e pós graduada de estudantes de enfermagem, medicina e outras áreas.

A avaliação da satisfação dos utentes surge para avaliar os cuidados prestados e colaborar na detecção de áreas ou situações que necessitem de melhoria e de acções correctivas. A avaliação da satisfação dos profissionais da USF visa a obtenção do nível de satisfação e motivação da equipa multiprofissional e dar resposta às necessidades sentidas e manifestadas e sugestões de melhoria.

---

##### **Objectivos**

- Identificar as necessidades/problemáticas de formação contínua e desenvolvimento profissional dos profissionais da USF.
- Elaborar o plano de formação contínua e desenvolvimento profissional ajustado às necessidades identificadas.
- Promover a investigação na área de CSP, especificamente na área da enfermagem de família.
- Participar na orientação/supervisão da formação pré e pós graduada de estudantes de enfermagem, medicina e outras áreas do saber.
- Avaliar os Estudantes de Enfermagem na área da saúde Familiar.
- Aplicar um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes.
- Aplicar um instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais.

---

##### **Estratégias**

---

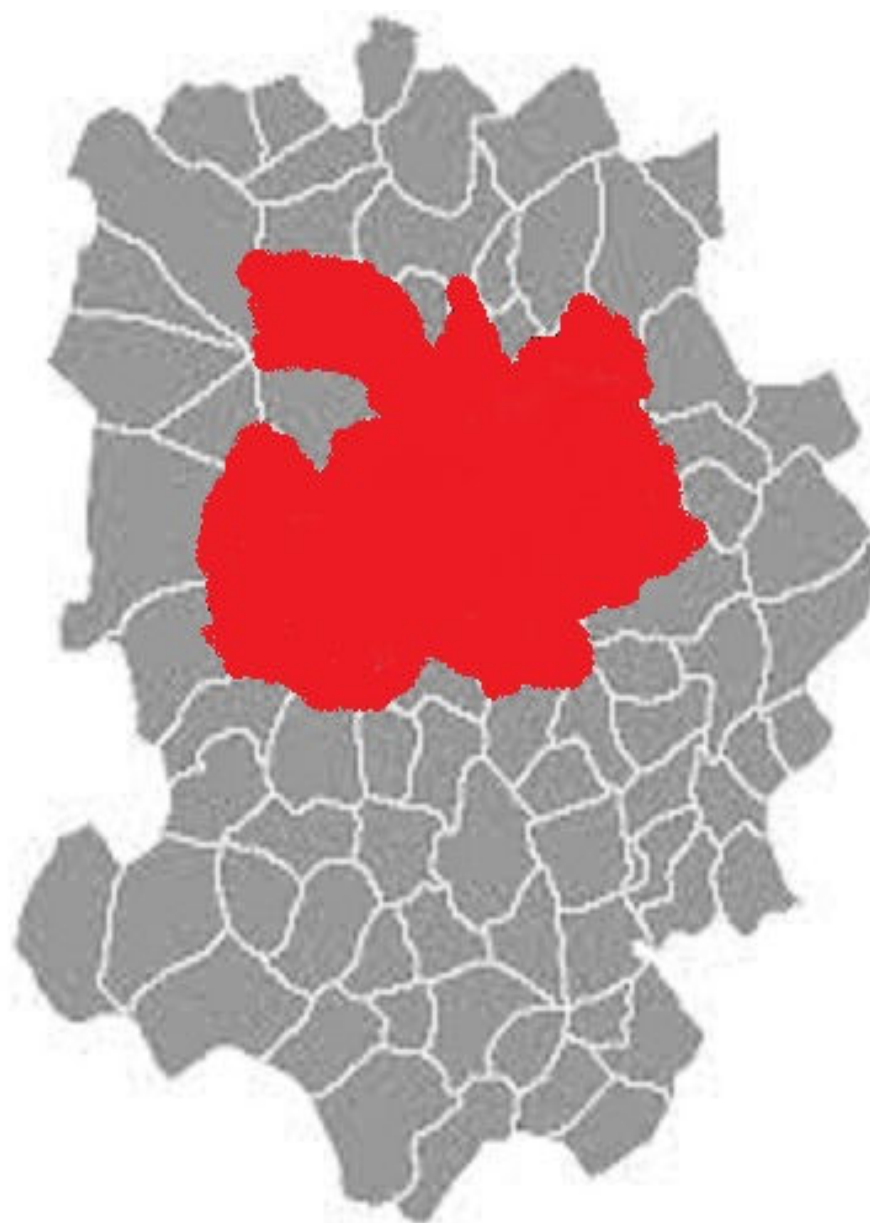
- 
- Reunião com equipa multiprofissional para identificação de necessidades/problemáticas de formação contínua e desenvolvimento profissional.
  - Elaboração do plano de formação contínua e desenvolvimento profissional calendarizado ao longo do ano e ajustado às necessidades formativas da equipa.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da proposta de plano de formação.
  - Promoção da investigação na área de CSP e especificamente na área da enfermagem de família.
  - Reunião com a equipa multiprofissional da USF para definir a área dos CSP objecto de investigação.
  - Participação na orientação da formação pré e pós graduada de estudantes de enfermagem.
  - Aplicação do instrumento de avaliação da satisfação aos utentes e profissionais da USF.
- 

#### **Indicadores/Avaliação**

- Identificação das necessidades formativas, concluído até 11 Janeiro de 2012.
  - Elaboração do plano de formação contínua e desenvolvimento profissional até três meses após abertura da USF.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF do plano de formação contínua e desenvolvimento profissional, finalizada até três meses após abertura da USF.
  - Promoção da investigação na área de CSP e especificamente na área da enfermagem de família ao longo do ano.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF da área dos CSP objecto de investigação, finalizada até seis meses após abertura da USF.
  - Participação na orientação da formação pré e pós graduada de enfermagem, ao longo do ano.
  - Aprovação pelo Conselho Geral da USF do instrumento de avaliação da satisfação dos utentes e profissionais da USF e do interlocutor/responsável pela actividade, finalizada até seis meses após abertura da USF.
  - Operacionalização de estratégias adoptadas para a sua concretização, concluída até seis meses após abertura da USF.
  - Aplicação do instrumento de avaliação da satisfação dos utentes, concluída até um ano após abertura da USF.
  - Aplicação o instrumento de avaliação da satisfação dos profissionais, concluída até um ano após abertura da USF.
-

## **APÊNCIDE VI**

Área Geográfica de Influência da USF

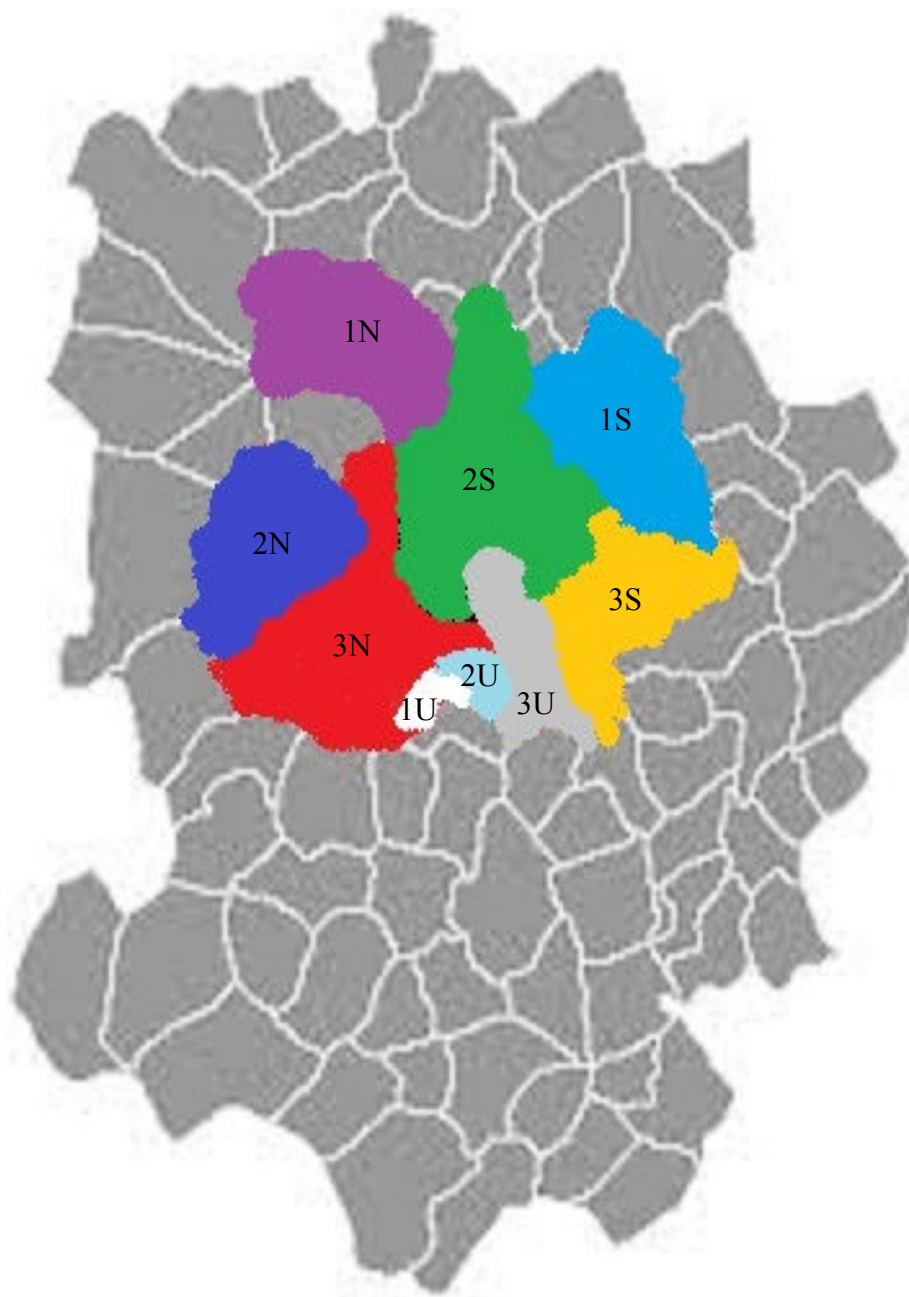


Área de Influência da USF

## **APÊNCIDE VII**

Área Geográfica do Enfermeiro de Família/Gestor de Caso





**Legenda área geográfica:** 1U (Urbano 1); 2U (Urbano 2); 3U (Urbano 3); 1N (Norte 1); 2N (Norte 2); 3N (Norte 3); 1S (Sul 1); 2S (Sul 2); 3S (Sul 3)

## **APÊNCIDE VIII**

Indicadores, Metas a Contratualizar e Horas Anuais Afectas ao Enfermeiro de Família por  
Programa de Saúde da Carteira Básica de Serviços da USF

## **CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS**

### **NÚCLEO BASE DE SERVIÇOS CLÍNICOS DE SERVIÇOS CLÍNICOS**

#### **1 – VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA NAS DIVERSAS FASES DA VIDA**

##### **1.1 – Saúde da Mulher**

##### **1.1.1 Programa de Saúde Materna**

##### **População alvo**

- Nº Mulheres presumíveis grávidas (11/1000 Habitantes) = 192
- Nº de Mulheres activas / frequentadoras /SM = 154

##### **Objectivos**

- Atingir até 2014, 95% de grávidas com o número médio de consultas – 6 consultas E/M;
- Atingir até 2014, 95% de grávidas com Revisão Puerpério (RP) activas/frequentadoras da USF;
- Atingir até 2014, 85% de VD realizadas às puérperas vigiadas na USF, durante a gravidez;
- Atingir até 2014, 80% de grávidas utilizadoras;
- Atingir até 2014, 85% de grávidas que efectuem a 1ª consulta antes das 12 semanas (contabilizadas a partir da Data da Última Menstruação (DUM) ou da data corrigida, por datação ecográfica, para o início da gravidez);

##### **Actividades**

**Tabela n.º 1 – Actividade de Consulta de Saúde Materna e Cuidados Pré Concepcionais**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais/Iniciativa dos utilizadores
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	nº consultas realizadas /nº consultas marcadas x 100; anual
<b>Duração</b>	4 mn para S/ 20 mn para consulta E/ 15 mn para consulta M
<b>Utilização</b>	6 atend. S x ano; 6 cons. E x ano; 6 cons. M x ano

**Tabela n.º 2 – Actividade de Visitação Domiciliária à Puerpera**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	Domicilio
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	nº VD realizado/nº VD marcadas x 100; anual
<b>Duração</b>	4 mn para S; 60 mn para E
<b>Utilização</b>	U /1 atend. S x ano; 1cons.E x ano

**Tabela n.º 3 – Actividade de Educação para a Saúde em Grupo para Grávidas**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x ano
<b>Avaliação</b>	nº acções / ano
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 150 mn por acção E/M
<b>Utilização</b>	1

**Tabela n.º 4 – Actividade de Educação para a Saúde em Grupo para Grávidas**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x mês (excepto Julho, Agosto e Setembro)
<b>Avaliação</b>	Nº acções / ano;
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 90 mn por acção/E
<b>Utilização</b>	9

**Indicadores e Metas****Quadro 1 – Indicadores e Metas da Vigilância Pré – Natal**

<b>Indicador</b>	<b>Nome</b>	<b>Histórico</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>4.22</b>	Número médio de consultas S/E/M	?	6	6	6
<b>6.4</b>	Percentagem de grávidas com RP efectuado entre a 4ª e a 6ª semana	57%	90%	92%	95%
<b>4.33</b>	Percentagem de VD realizadas a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez	?	75%	80%	85%
	Percentagem activa de grávidas utilizadoras	?	75%	77%	80%

6.9	Percentagem da 1ª consulta de gravidez antes das doze (12) semanas (contabilizadas a partir da DUM ou da data corrigida, por datação ecográfica, para o início da gravidez)	?	80%	82%	85%
-----	---	---	-----	-----	-----

### Carga Horária

**Tabela n.º 5 – Carga Horária da Vigilância Pré – Natal**

Actividade	Carga horária								
	Secretariado			Enfermeiro			Médico		
	Nº atend.	mn/ atend.	Total H	Nº cons.	mn/ cons.	Total H	Nº cons.	mn/ cons.	Total H
Consulta de SM	877	04	58.4	877	20	292	877	15	219
Consulta de RP	146	04	9.7	146	20	48.6	146	15	36.5
VD à P. e RN <15 d	130	04	8.6	130	60	130	--	--	--
Ed. para a saúde S/E/M	1	--	2.5	1	--	2.5	1	--	2.5
Ed. para a saúde S/E	9	04	0.6	9	90	13.5	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>1163</b>	<b>--</b>	<b>79.8</b>	<b>1163</b>	<b>--</b>	<b>486.6</b>	<b>1024</b>	<b>--</b>	<b>258</b>

Total de horas de actividades = nº de cons. x duração(mn) / 60mn

Nº de consultas = meta (%) x população alvo x utilização estimada

### **1.1.2 Programa de Planeamento Familiar**

#### População alvo

- Nº de U do sexo feminino a inscrever na USF entre os [15 e 64 anos] = 4905
- Nº de mulheres em PF activo/Frequentadoras = 2698 (55%)

#### Objectivos

- Atingir até 2014, 55% das mulheres em idade fértil, utilizadoras
- Atingir até 2014, 95% de consultas/mulheres vigiadas de enfermagem (2 consultas E/ano);
- Atingir até 2014, 70% de mulheres entre os 25-64 anos vigiadas na USF com colpocitologia actualizada;

#### Actividades

**Tabela n.º 6 – Actividade de Consulta de PF**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador

<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Semestral/E; Anual/M
<b>Avaliação</b>	Nºcons. Realizadas/nºcons.marcadas x 100; anual/ M; Semestral/E
<b>Duração</b>	4 mn para S; 20 mn para consulta E; 15 mn para consulta M
<b>Utilização</b>	1, 25 atend. S x ano; 2 cons. E x ano; 1,25 cons. M x ano

Tabela n.º 7 – Actividade de Educação para a Saúde em Grupo/PF

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x ano
<b>Avaliação</b>	nº acções / ano;
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 150 mn por acção E/M
<b>Utilização</b>	1

Tabela n.º 8 – Actividade de Educação para a Saúde em Grupo para /PF

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x mês (excepto Julho, Agosto e Setembro)
<b>Avaliação</b>	Nº acções / ano;
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 90 mn por acção/E
<b>Utilização</b>	9

## Indicadores e Metas

Quadro 2 – Indicadores e Metas do Programa de Saúde Reprodutiva da USF

Indicador	Nome	Histórico	2012	2013	2014
	Mulheres utilizadoras em idade fértil.	?	45%	50%	55%
3.22 modificado	Percentagem de utilização de Enfermagem em PF	74%	85%	90%	95%
5.22 modificado	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos vigiadas na USF com colpocitologia actualizada (últimos 3 anos)	58%	60%	65%	70%

## **Carga Horária**

**Tabela n.º 9 – Carga Horária Estimada/Ano do Programa de Saúde Reprodutiva da USF**

Actividade	Carga horária								
	Secretariado			Enfermeiro			Médico		
	Nº atend.	mn/ atend.	Total H	Nº cons.	mn/ cons.	Total H	Nº cons.	mn/ cons.	Total H
<b>Consulta de PF</b>	8094	04	539.6	5396	20	1798.6	2698	15	674.5
<b>Ed. para a saúde PF S/E</b>	9	04	0.6	9	90	13.5	--	--	--
<b>Ed. para a saúde S/E/M</b>	1	--	2.5	1	--	2.5	1	--	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>8104</b>	<b>--</b>	<b>542.7</b>	<b>5406</b>	<b>--</b>	<b>1814.6</b>	<b>2699</b>	<b>--</b>	<b>677</b>

Total de horas de actividades = nº de cons. x duração (mn) / 60mn

Nº de consultas = Meta (%) x população alvo x utilização estimada

## **1.2 Saúde do Recém-nascido, da Criança e do Adolescente**

### **População alvo**

Número de U inscritos na USF dos 0-18 anos.

- Número de crianças dos 0-11 meses = 154
- Número de crianças dos 12-23 meses = 352
- Número de crianças com 24 meses = 171
- Número de crianças com 36 meses = 183
- Número de crianças com 48 meses = 179
- Número de crianças com 5 anos = 173
- Número de crianças com 8 anos = 211
- Número de crianças/adolescentes com 13 anos = 260
- Número de adolescentes com 15 anos = 229
- Número de adolescentes com 18 anos = 233

### **Objectivos**

- Atingir até 2014, 95% de diagnósticos precoces (TSHPKU) realizados até ao 7º dia de vida do RN;
- Atingir até 2014, 80% de VD realizadas ao RN até aos 15 dias de vida;
- Atingir até 2014, 85% de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias;
- Atingir até 2014, 6 consultas (S/E/M) de vigilância de Saúde Infantil (S.I) dos 0 aos 11 meses;

- Atingir até 2014, 3 consultas (S/E/M) de vigilância de S.I dos 12 aos 23 meses;
- Atingir até 2014, 1 consulta média (S/E/M) de vigilância de S.I aos 24 meses, 36 meses, 48 meses, 5 anos, 8 anos, 13 anos, 15 anos e 18 anos de idade;
- Atingir até 2014, 98% dos utilizadores com registo de Índice Massa Corporal (IMC) nos últimos 12 meses;
- Atingir até 2014, 99% de crianças com 2 e 6 anos de idade com PNV actualizado;

### **Actividades**

**Tabela n.º 10** – Consulta de SI dos 0 aos 11 meses e dos 12 aos 23 meses.

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Nº de consultas realizadas/nº consultas marcadas x 100; anual
<b>Duração Utilização</b>	4 mn para atend./S; 20 mn para consulta/E; 15 mn para cons./M
<b>Utilização</b>	11 Atend. S/Ano; 11 cons E/ano; 9 cons M/ano

**Tabela n.º 11** – Consulta de SI dos 24 meses, 36 meses, 48 meses, 05 anos, 08 anos, 13 Anos, 15 anos e 18 anos de idade;

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Nº de consultas realizadas/nº consultas marcadas x 100;
<b>Duração Utilização</b>	4 mn para atend./S; 20 mn para consulta/E; 15 mn para cons/M
<b>Utilização</b>	8 Atend. S/ano; 8 cons E/ano; 8 cons M/ano

**Tabela n.º 12** – VD ao RN

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais.
<b>Onde</b>	Domicílio
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	nº de VD/ RN realizadas/nº VD RN marcadas x 100;
<b>Duração Utilização</b>	4 mn para S; 60 mn para E
<b>Utilização</b>	1 Atend. S x ano; 1 cons E x ano

**Tabela n.º 13** – Primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias

<b>Quem</b>	S/E/M
-------------	-------



<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Nº de primeiras consultas até aos 28 dias de vida/ n.º RN/nº de consultas marcadas x 100;
<b>Duração Utilização</b>	4 mn para S; 20 mn para E; 15 mn para M
<b>Utilização</b>	1 Atend. S x ano; 1 cons E x ano; 1 cons M x ano

**Tabela n.º 14 – Educação para a Saúde em Grupo para Pais S/E/M**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x ano
<b>Avaliação</b>	Nº de acções/ano;
<b>Duração Utilização</b>	4 mn por atendimento/S; 150 mn por acção E/M
<b>Utilização</b>	1

**Tabela n.º 15 – Educação para a Saúde em Grupo para Pais S/E**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x mês (excepto Julho, Agosto e Setembro)
<b>Avaliação</b>	Nº de acções/ano;
<b>Duração Utilização</b>	4 mn por atendimento/S; 90 mn por acção/E
<b>Utilização</b>	9

## **Indicadores e Metas**

**Quadro 3 – Indicadores e Metas**

<b>Indicadores</b>	<b>Nome</b>	<b>Histórico</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
6.13	Percentagem de TSHPKU realizadas a RN até aos 7 dias de vida	87,5%	90%	92%	95%
4.34 modificado	Percentagem de VD realizadas a RN (até aos 15 dias de vida)	50%	70%	75%	80%
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	50%	75%	80%	85%
4.13	Número médio de consultas médicas de SI dos 0 aos 11 meses	?	6	6	6
4.10	Número médio de consultas médicas de vigilância de SI dos 12 aos 23 meses	?	3	3	3
5.13	Percentagem de inscritos com registo de IMC nos				

modificado	últimos 12 meses	45%	90%	95%	98%
6.1	Percentagem de crianças com 2 anos de vida com PNV actualizado	89%	95%	97%	99%
6.1M	Percentagem de crianças com 6 anos de vida com PNV actualizado	93%	98%	99%	99%

### Carga horária

**Tabela n.º 16 – Carga Horária Estimada/Ano do Programa de SI da US**

Actividade	Carga horária								
	Secretariado			Enfermeiro			Médico		
	Nº atend	mn/ atend	Total/ H	Nº cons	mn/ cons	Total/ H	Nº cons	mn/ cons	Total/ H
<b>VD ao RN /15 dias/E</b>	123	4	8.2	123	60	123	--	--	--
<b>Consulta SI até 28 dias</b>	462	4	30.8	462	20	154	154	15	38.5
<b>Consulta de SI dos 0 aos 48 meses</b>	1837	4	122.5	1837	20	612.3	1837	15	459.3
<b>Consulta de SI aos 5 anos</b>	155	4	10.3	155	20	51.6	155	15	38.7
<b>Consulta de SI aos 8 e 13 anos</b>	353	4	23.5	353	20	117.6	353	15	88.2
<b>Consulta de SI aos 15 anos</b>	160	4	10.6	160	20	53.3	160	15	40
<b>Consulta de SI aos 18 anos</b>	140	4	9.3	140	20	46.6	140	15	35
<b>Ed. para a saúde S/E/M</b>	1		2.5	1		2.5	1	--	2.5
<b>Ed. para a saúde em grupo para Pais S/E</b>	9	4	0.6	9	90	13.5	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>3240</b>	<b>--</b>	<b>218.3</b>	<b>3240</b>	<b>--</b>	<b>1174.4</b>	<b>2800</b>	<b>--</b>	<b>702.2</b>

Total de horas de actividades = nº de cons. x duração (mn) / 60mn

Nº de consultas = meta (%) x população alvo x utilização estimada

## **2- SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO**

### **2.1 Acompanhamento Clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla**

#### **2.1.1 Redução do Risco Cardiovascular da USF**

#### **População Alvo**

- Presumíveis utentes inscritos na USF com:

Diabetes (D) (6%) = 1046

Hipertensos (H) (20%) = 3487

- Número de D activos no programa (50%) = 523 utentes
- Número de H activos no programa (50%) = 1743 utentes

**Objectivos:**

- Atingir até 2014, 98% de H com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses;
- Atingir até 2014, 95% de H com pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses;
- Atingir até 2014, 65% de H com vacina antitetânica actualizada;
- Atingir até 2014, 95% de D abrangidos pela consulta E/M;
- Atingir até 2014, 55% de casos com gestão do regime terapêutico ineficaz D/H;
- Atingir até 2014, 90% de D com pelo menos um exame dos pés registado no ano;
- Atingir até 2014, 95 % de D com pelo menos 3 HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres.

**Actividades**

**Tabela n.º 17 – Actividade de Redução do Risco Cardiovascular (H)**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais da USF, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Duração</b>	4 mn/S; 20 mn /E; 15 mn M
<b>Utilização</b>	3 atend./S x ano; 3 consultas /E x ano; 3 consultas /M x ano

**Tabela n.º 18 – Actividade de Redução do Risco Cardiovascular (D)**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais da USF, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Duração</b>	4 mn /S; 20 mn consulta/E; 15 mn consulta/ M
<b>Utilização</b>	4 cons. /S x ano; 4 cons./E x ano; 4 cons./M x ano

**Tabela n.º 19 – Actividade de Educação de Redução do Risco Cardiovascular em Grupos/ Doentes D e H**

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais da USF
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Nº acções/ano
<b>Duração</b>	150 mn por acção S/E/M
<b>Utilização</b>	1

**Tabela n.º 20 – Educação para a Saúde Actividade de Redução do Risco Cardiovascular em Grupos/Doentes D e H**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x mês (excepto Julho, Agosto e Setembro)
<b>Avaliação</b>	Nº de acções/ano;
<b>Duração Utilização</b>	4 mn por atendimento/S; 90 mn por acção/E
<b>Utilização</b>	9

### **Indicadores e Metas**

**Quadro 4 – Indicadores e Metas da Actividade de Redução do Risco Cardiovascular**

Indicadores	Nome	Histórico	2012	2013	2014
5.10	Percentagem /H com> = 1 registo de pressão arterial durante os últimos seis (6) meses.	?	95%	96%	98%
5.13 Modificado	Percentagem /H com> = 1 registo de IMC nos últimos doze (12) meses	?	80%	90%	95%
6.2	Percentagem /H com vacina antitetânica actualizada	?	60%	62%	65%
6.16	Percentagem de casos com gestão do regime terapêutico ineficaz D/H	?	60%	57%	55%
6.19	Percentagem /D abrangidos pela consulta M/E com 4 consultas /Ano	?	80%	85%	95%
5.7	Percentagem /D com pelo menos um exame dos pés registado no ano.	?	80%	85%	90%
5.4M	Percentagem de D com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres.	?	90%	92%	95%

### **Carga Horária**

**Tabela n.º 21 – Carga horária estimada/ano do Programa de Redução do Risco Cardiovascular**

Actividade	Carga Horária								
	Secretariado			Enfermeiro			Médico		
	Nº atend.	mn/ atend.	Total H	Nº cons.	mn/ cons.	Total H	Nº cons	mn/ cons.	Total H
<b>Consulta de H</b>	5124	4	341.6	5124	20	1708	5124	15	1281
<b>Consulta de D</b>	1987	4	132.5	1987	20	662.3	1987	15	492.5
<b>Actividade de Educação para</b>	9	4	0.6	9	90	13.5	--	--	--

<b>a Saúde/E</b>									
<b>Educação para a Saúde S/E/M</b>	1	--	2.5	1	--	2.5	1	--	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>7121</b>	<b>--</b>	<b>477.2</b>	<b>7121</b>	<b>--</b>	<b>2508.3</b>	<b>7112</b>	<b>--</b>	<b>1776</b>

Total de horas de actividade = nº de consultas x duração ( mn ) /60mn

Nº de Consultas = meta (%) x população alvo x utilização estimada

### 2.1.2 Programa de Vigilância Oncológica

#### População alvo

- Nº de mulheres inscritas na USF entre os 25-64 anos = 5523
- Nº utentes inscritos na USF entre os 50-74 anos = 4042
- Nº de mulheres inscritas na USF entre os 50-69 anos = 1790

#### Objectivos

- Atingir até 2014, 80% mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia actualizada nos últimos 2 anos;
- Atingir até 2014, 70% de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada;
- Atingir até 2014, 50% homens e mulheres entre os 50 e 74 anos com Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) actualizada.

#### Actividades

**Tabela n.º 22** – Actividade de propor mamografias de rastreio/todas as mulheres entre os 50-69 anos/Intervalo de rastreio de 2 anos

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Indicadores e metas contratualizados
<b>Duração</b>	04 mn/S;10 mn para consulta M,
<b>Utilização</b>	1atend.S 1x ano; 1cons.M 1x ano

**Tabela n.º 23** – Actividade de propor colpocitologia de rastreio/ todas as mulheres entre os 25-64 anos que tenham iniciado vida sexual activa

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Indicadores e metas contratualizados

<b>Duração</b>	4 mn /S; 20 mn para consulta/E; 15 mn para consulta /M
<b>Utilização</b>	1 atend.S 1 x ano; 1cons. E 1 x ano, 1 cons. M 1 x ano

**Tabela n.º 24** – Actividade de propor a homens e mulheres dos 50-74 anos a realização do PSOF de 2 em 2 anos.

<b>Quem</b>	S/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Indicadores e metas contratualizados
<b>Duração</b>	4 mn /S; 15 mn cons/M
<b>Utilização</b>	1 atend. S 1 x ano; 1 cons. M 1 x ano

**Tabela n.º 25** – Actividade de Educação de programa de Vigilância Oncológica

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais da USF
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Nº acções/ano
<b>Duração</b>	4 mn por atend./S; 150 mn por acção E/M
<b>Utilização</b>	1

**Tabela n.º 26** – Actividade de Educação para a Saúde

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais.
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x mês (excepto Julho, Agosto e Setembro)
<b>Avaliação</b>	Nº de acções/ano;
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 90 mn por acção E
<b>Utilização</b>	9

### **Indicadores e Metas**

**Quadro 5** – Indicadores e Metas do Programa de Vigilância Oncológica da USF

Indicadores	Nome	Histórico	2012	2013	2014
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada (uma em 2 anos)	32%	70%	75%	80%
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64				

	anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)	21.8%	60%	65%	70%
5.3	Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com PSOF actualizada (uma em 2 anos)	?	45%	47%	50%

### **Carga Horária**

**Tabela n.º 27** – Carga Horária estimada/ano no Programa de Vigilância Oncológica da USF

Actividade	Carga Horária								
	Secretariado			Enfermeiro			Médico		
	Nº atend.	mn/ atend.	Total/ H	Nº cons	mn/ cons.	Total/ H	Nº cons.	mn/ cons.	Total/ H
<b>Nº de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)</b>	2485	4	165.6	2485	20	828.3	2485	15	621.3
<b>Actividade de Educação para a Saúde S/E/M- Programa de Vigilância Oncológica</b>	1	--	2.5	1	--	2.5	1	--	2.5
<b>Educação para a Saúde S/E</b>	9	4	0.6	9	90	13.5	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>2495</b>	<b>--</b>	<b>168.7</b>	<b>2495</b>	<b>--</b>	<b>844.3</b>	<b>2486</b>	<b>--</b>	<b>623.8</b>

Total de horas de actividades = nº de cons. x duração (mn) / 60mn

Nº de consultas = Meta (%) x população alvo x utilização estimada

## **2.2 Cuidados no Domicílio**

### **População Alvo**

- Os U inscritos na USF em situação de dependência física ou de outro género;
- Terão direito a CD todos os U inscritos na USF, que possuam dependência física temporária ou definitiva e fracos recursos socioeconómicos, que os impossibilitem deslocarem-se à USF e que necessitem de cuidados M ou de E. Para além destes, terão também direito a estes cuidados, famílias identificadas pelo EF/MF como sendo de risco, que não recorram à USF e demonstrem necessitar de alguma intervenção a qualquer nível assistencial desta USF. A equipa da USF assume pontualmente outras situações não mencionadas anteriormente, após avaliação cuidada em equipa, garantindo desta forma a

acessibilidade e satisfação das necessidades humanas básicas afectadas, como é propósito desta USF.

### **Objectivos**

- Atingir até 2014, 35/1000 utentes de consultas /CD/M
- Atingir até 2014, 150/1000 utentes de consultas/CD/E

### **Actividades**

**Tabela n.º 28** – Actividade de Consulta de VD em situação urgente/aguda/preventiva (VD/CD)

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, do utilizador ou cuidador
<b>Onde</b>	Domicilio
<b>Quando</b>	Quando necessário
<b>Avaliação</b>	Indicadores e metas contratualizados
<b>Duração</b>	4 mn / S; 60 mn/ E; 60 mn consulta/ M
<b>Utilização</b>	atend./S x ano; VD/E x ano; cons dom/M x ano

**Tabela n.º 29** – Actividade de Educação para a saúde em grupo – cuidadores

<b>Quem</b>	S/E/M
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x ano
<b>Avaliação</b>	Nº acções / ano
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 150 mn por acção E/M
<b>Utilização</b>	1 x ano

**Tabela n.º 30** – Actividade de Educação para a saúde em grupo – cuidadores

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x mês (excepto Julho, Agosto e Setembro)
<b>Avaliação</b>	nº acções / ano
<b>Duração</b>	4 mn por acção/S; 90 mn por acção E
<b>Utilização</b>	1 x mês



## **Indicadores e Metas**

**Quadro 6** – Indicadores e Metas do Programa de CD

Indicadores	Nome	Histórico	2012	2013	2014
4.18	Taxa de VD médicas/ano/U por 1.000 inscritos	7,4 /1000	30/1000	32/1000	35/1000
4.30	Taxa de VD de enfermagem por 1.000	43/1000	145/1000	147/1000	150/1000

## **Carga Horária**

**Tabela n.º 31** – Carga Horária Estimada/Ano do Programa de CD

Actividade	Carga Horária								
	Secretariado			Enfermeiro			Médico		
	Nº atend.	mn/ atend.	Total H	Nº cons	mn/ cons.	Total H	Nº cons.	mn/ cons.	Total H
<b>VD / CD</b>	3051	04	203	2537	60	2537	523	40	348
<b>Ed. para a saúde S/E/M</b>	1	--	2.5	1	--	2.5	1	--	2.5
<b>Nº de acções de educação para a saúde/ano para cuidadores/E</b>	09	04	0.6	09	90	13.5	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>3061</b>		<b>206.1</b>	<b>2538</b>		<b>2553</b>	<b>524</b>		<b>350.5</b>

Total de horas de actividades = nº de cons. x duração (mn) / 60mn

Nº de consultas = Meta (%) x pop. alvo x utilização estimada

## **3. PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO**

### **População alvo**

- Nº de crianças 0-11 meses = 148
- Nº de crianças 12-24 meses = 352
- Nº de crianças 5-6 anos = 332
- Nº de crianças 10-13 anos = 900
- Nº de utentes com > 25 anos = 10839
- Nº de utentes com > 65 anos = 1930

## **Objectivos**

- Atingir até 2014, 99% de vacinados por vacinas e por coortes (2 anos);
- Atingir até 2014, 99% de vacinados por vacinas e por coortes (6 anos);
- Até 2014, atingir 85% de inscritos com 25 ou mais anos com vacina antitetânica actualizada;
- Atingir até 2014, 50% de inscritos com 65 ou mais anos com a vacina da gripe efectuada na última época vacinal.

## **Actividades**

**Tabela n.º 32 – Vacinação dos 0-11 meses e dos 12-24 meses e dos 5-6**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF e domicílio
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	Indicadores e metas contratualizados
<b>Duração</b>	4 mn/S; 20 mn/E
<b>Utilização</b>	PNV dos 0-11 meses e dos 12-24 meses e dos 5-6

**Tabela n.º 33 – Vacinação anti gripal na população > 65 anos, na ultima época vacinal**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF e domicílio
<b>Quando</b>	Setembro a Março
<b>Avaliação</b>	nº vacinas admin./nº utentes >65 anos x 100; ano
<b>Duração</b>	04mn /S; 20mn/E
<b>Utilização</b>	01atend.S x ano; 01atend.E x ano

**Tabela n.º 34 – Vacinação anti tetânica actualizada na população inscrita com => 25 anos**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais, iniciativa do utilizador
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	Anual
<b>Avaliação</b>	nº vacinas admin./nº hipertensos id. x 100;ano
<b>Duração</b>	4 mn/S; 20 mn/E
<b>Utilização</b>	1 atend. S x ano; 1 cons. E x ano

**Tabela n.º 35 – Actividade de educação para a saúde/vacinação em grupo**

<b>Quem</b>	S/E
<b>Como</b>	Iniciativa dos profissionais
<b>Onde</b>	USF
<b>Quando</b>	1 x ano
<b>Avaliação</b>	nº acções / ano
<b>Duração</b>	4 mn por atendimento/S; 150 mn por acção E/M
<b>Utilização</b>	1 x ano

### **Indicadores e Metas**

**Tabela n.º 36 - Percentagem estimada/Ano do PNV**

Indicador	Nome	Histórico	2012	2013	2014
6.1	Percentagem de vacinados por vacinas e por coortes (2 anos)	89%	98%	99%	99%
6.1 modificado	Percentagem de vacinados por vacinas e por coortes (6 anos)	93%	97%	98%	99%
6.2	Percentagem de inscritos com 25 ou mais anos com vacina antitetânica actualizada;	79%	80%	83%	85%
6.3	Percentagem de inscritos com 65 ou mais anos com a vacina da gripe efectuada na última época vacinal	?	40%	45%	50%

### **Carga Horária**

**Tabela n.º 37 – Carga Horária estimada do PNV**

Actividade	Carga Horária					
	Secretariado			Enfermeiro		
	Nº atend.	mn/ atend.	Total H	Nº Cons.	mn/ cons.	Total H
<b>PNV aos 2 anos</b>	3465	04	231	3465	20	1155
<b>PNV aos 6 anos</b>	328	04	21.8	328	20	109
<b>Vac. Anti gripal &gt; 65 anos</b>	965	04	64	965	20	321
<b>Vac. &gt; 25 anos</b>	8129	04	541	8129	20	2709.6
<b>Actividade de educação para a saúde/vacinação em grupo S/E</b>	1	--	2.5	1	--	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>12888</b>	<b>--</b>	<b>860.3</b>	<b>12888</b>	<b>--</b>	<b>4297.1</b>

Total de horas de actividades = nº de vacinas x duração(mn) / 60mn

Nº de vacinas = meta (%) x pop. alvo x utilização estimada

## **APÊNCIDE IX**

Horário Modelo do Enfermeiro de Família

Horário Modelo Enfermeiro de Família					
	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
08h00 - 08h30	CA		AT	RC	AT
08h30 – 09h00					
09h00 - 09h30	AT		SI	AT	PF
09h30 – 10h00					
10h00 – 10h30	VD		VD	VD	VD
10h30 – 11h00					
11h00 – 11h30	RC		RC		SM
11h30 – 12h00					
12h00 – 12h30	SI			M.A.I	CA
12h30 – 13h00					
13h00 – 13h30			R.E.M		AT
13h30 – 14h00					
14h00 – 14h30	AT	VD	AT	PF	
14h30 – 15h00					
15h00 – 15h30	RC	CA			
15h30 – 16h00		AT	CA	AT	
16h00 – 16h30	PF	RC	AT	RC	
16h30 – 17h00					
17h00 – 17h30		AT	M.A.I	SI	
17h30 – 18h00					
18h00 – 18h30		AT		AT	
18h30 – 19h00					
19h00 – 19h30	AT				
19h30 – 20h00					

**Legenda:** R.E.M (Reunião Equipa Multiprofissional); AT (Atitudes Terapêuticas); SM (Saúde Materna); M.A.I (Monitorização, Avaliação de Indicadores); VD (Visitação Domiciliária); RC (Risco Cardiovascular); CA (Consulta Aberta); PF (Planeamento Familiar)

## **APÊNCIDE X**

Indicadores da USF Relativos ao Enfermeiro de Família

### Indicadores da USF

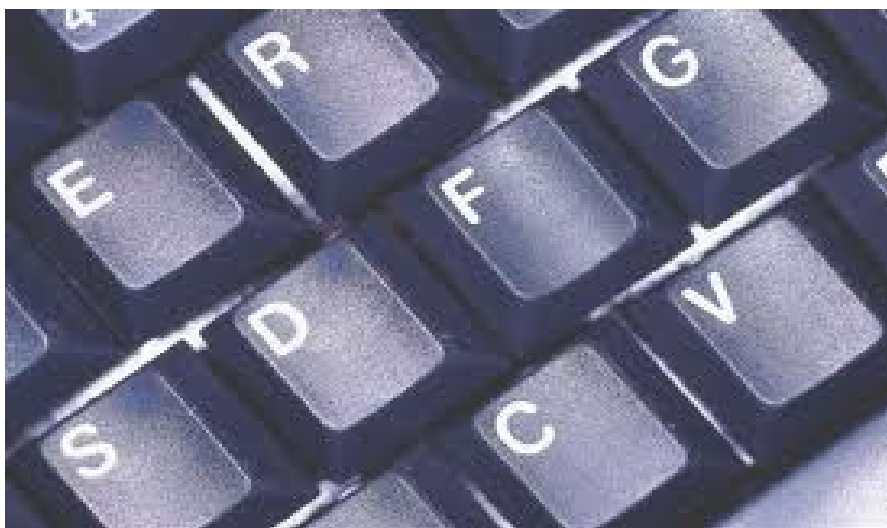
ÁREA	Nº	INDICADOR	2012	2013	2014
<b>Acesso</b>	<b>3.12</b>	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família			
	<b>3.15</b>	Taxa de utilização global de consultas			
	<b>4.18</b>	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos			
	<b>4.30</b>	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	145 %	147 %	150 %
<b>Desempenho Assistencial</b>	<b>5.2</b>	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada	60 %	65 %	70 %
	<b>5.1M</b>	Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos			
	<b>5.4M</b>	Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registada nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres			
	<b>5.10M</b>	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	95 %	96 %	98 %
	<b>6.1M</b>	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	98 %	99 %	99 %
	<b>6.1M</b>	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	97 %	95 %	99 %
	<b>6.12</b>	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	75 %	80 %	85 %
	<b>6.9M</b>	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	80 %	82 %	85 %
<b>Satisfação dos Utentes</b>	<b>--</b>	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos	90 %	93 %	95 %
<b>Eficiência/ Desempenho Económico</b>	<b>7.6</b>	Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador			
	<b>7.7</b>	Custo médio de MCDT's prescritos por utilizador			

## **APÊNCIDE XI**

Manual para a Qualidade dos Registos de Enfermagem



# **UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**



## **MANUAL PARA A QUALIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**

## **ÍNDICE**

1. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM PLANEAMENTO FAMILIAR
2. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA
3. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL
4. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM HTA
5. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM DM
6. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM DOMICÍLIOS
7. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM CONSULTA ABERTA
8. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DE ADULTOS

## 1. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM PLANEAMENTO FAMILIAR

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar em Programas de Saúde o “programa de saúde reprodutiva e Planeamento Familiar” e o programa de “rastreamento do CCU” (caso se justifique);</li><li>✓ Verificar e preencher a “avaliação inicial do utente”;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, assim como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Verificar se estão activos e actualizados os diagnósticos de enfermagem seleccionados assim como as intervenções associadas: planeamento familiar, auto - vigilância e uso de contraceptivos, entre outras que considere relevantes e adequada à situação do utente;</li><li>✓ Associar as respectivas intervenções, de acordo com as necessidades detectadas;</li><li>✓ Monitorizar e registar altura (1ª consulta), IMC, peso corporal e TA;</li><li>✓ Efectuar educação para a saúde na respectiva área ou necessidade do utente;</li><li>✓ Verificar o cumprimento por parte da utente vigiada na USF, de uma consulta de enfermagem por semestre;</li><li>✓ Agendar próxima consulta de enfermagem no SAPE e/ou encaminhar para secretário clínico para agendar consulta médica.</li></ul>
-------------------	--

## 2. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar o “programa de saúde materna”;</li><li>✓ Na 1ª consulta de SM, introduzir a data do 1º dia da última menstruação e/ou DPP pela realização da ecografia do 1º trimestre;</li><li>✓ Verificar e preencher a “avaliação inicial do utente”;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Activar no processo de enfermagem do SAPE os fenómenos de enfermagem: “gravidez”, gravidez não planeada”, “comportamentos de adesão”, “amamentar”, “autocuidado”, “papel parental”, “adesão à vacinação” entre outros considerados relevantes e adequados à utente;</li><li>✓ Associar as respectivas intervenções, de acordo com as necessidades detectadas;</li><li>✓ Monitorizar em todas as grávidas a tensão arterial, peso, urina através de combur, IMC (na 1ª consulta);</li><li>✓ Efectuar educação para a saúde na respectiva área ou necessidade do utente;</li><li>✓ Verificar o cumprimento por parte da utente vigiada na USF de pelo menos seis consultas de gravidez;</li><li>✓ Agendar próxima consulta de enfermagem no SAPE e/ou encaminhar para secretários clínicos para agendar consulta médica.</li></ul>
-------------------	--

### 3. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar o “programa de saúde infantil” ou “saúde juvenil” conforma a idade do utente;</li><li>✓ Verificar e preencher a avaliação inicial de todos os utentes, principalmente os dados referentes à saúde infantil;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Activar no processo de enfermagem do SAPE os fenómenos de enfermagem considerados importantes;</li><li>✓ Associar as respectivas intervenções, de acordo com as necessidades detectadas;</li><li>✓ Verificar se todas as crianças têm registo de uma primeira consulta antes dos 28 dias;</li><li>✓ Confirmar registo de IMC a todas as crianças vigiadas;</li><li>✓ Associar as respectivas intervenções, de acordo com as necessidades detectadas;</li><li>✓ Monitorizar dados antropométricos;</li><li>✓ Confirmar se todas as crianças têm intervenções na área da educação para a saúde registadas;</li><li>✓ Verificar o cumprimento por parte do utente no programa de saúde infantil e vacinação;</li><li>✓ Agendar próxima consulta de enfermagem no SAPE e/ou encaminhar para secretários clínicos para agendar consulta médica.</li></ul>
------------	---

#### 4. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM HTA

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar o “programa grupo de risco: hipertensão” no SAPE;</li><li>✓ Preencher a avaliação inicial de todos os hipertensos, principalmente os dados referentes a situações especiais: hipertensão;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Activar no processo de enfermagem do SAPE os fenómenos de enfermagem relacionados com o programa e o utente;</li><li>✓ Associar as respectivas intervenções, de acordo com as necessidades detectadas;</li><li>✓ Monitorizar e registar no SAPE em todos os hipertensos a tensão arterial, peso, altura, IMC;</li><li>✓ Efectuar educação para a saúde na área respectiva;</li><li>✓ Confirmar se todos os hipertensos têm pelo menos 2 consultas programadas de enfermagem por ano, sendo pelo menos uma em cada semestre.</li><li>✓ Agendar próxima consulta de enfermagem no SAPE e/ou encaminhar para secretários clínicos para agendar consulta médica.</li></ul>
-------------------	---

## 5. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM DM

Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar o “programa grupo de risco: diabetes” no SAPE;</li><li>✓ Preencher a avaliação inicial de todos os diabéticos, principalmente os dados referentes a situações especiais: diabetes;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Activar no processo de enfermagem do SAPE os fenómenos de enfermagem relacionados com o programa e o utente;</li><li>✓ Associar as respectivas intervenções, de acordo com as necessidades detectadas;</li><li>✓ Monitorizar e registar no SAPE em todos os diabéticos a tensão arterial, peso, altura, IMC, perímetro abdominal;</li><li>✓ Avaliar e verificar se todos os diabéticos têm registo de pelo menos uma vez por ano a classificação de grau de risco do pé diabético;</li><li>✓ Efectuar educação para a saúde na área respectiva;</li><li>✓ Confirmar se todos os diabéticos têm pelo menos 4 consultas programadas de enfermagem por ano, sendo pelo menos uma em cada semestre.</li><li>✓ Agendar próxima consulta de enfermagem no SAPE e/ou encaminhar para secretários clínicos para agendar consulta médica.</li></ul>
------------	--

## 6. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM DOMICÍLIOS

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Abrir o contacto fazer referência ao local de contacto (domicilio) e registar a hora a que foi realizado;</li><li>✓ Seleccionar e marcar no SAPE os programas de saúde de acordo com a situação do utente;</li><li>✓ Confirmar se tem o enfermeiro de família associado;</li><li>✓ Confirmar agregado familiar;</li><li>✓ Preencher a avaliação inicial do utente;</li><li>✓ Verificar a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Registar no SAPE: Programa (s) de saúde; Diagnostico (s); Intervenções consideradas relevantes e adequadas à situação do utente;</li><li>✓ Agendar novo domicílio, se necessário.</li></ul>
-------------------	--



## 7. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM CONSULTA ABERTA

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência da utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar no SAPE os programas de saúde de acordo com a situação do utente;</li><li>✓ De acordo com o motivo da consulta, consultar a política de qualidade dos registos apropriada: Hipertensão, atitudes terapêuticas, saúde reprodutiva e planeamento familiar, saúde materna, diabetes, visitação domiciliária ou saúde infantil;</li><li>✓ Caso se justifique encaminhar para a consulta aberta médica (ver procedimento administrativo) registando nas intervenções: orientar a pessoa para serviços médicos;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li></ul>
-------------------	--

## 8. REGISTOS DE ENFERMAGEM EM ATITUDES TERAPÊUTICAS

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seleccionar na agenda do SAPE do próprio dia o contacto do utente;</li><li>✓ Abrir o contacto, fazer referência “com ou sem consulta médica” e “proveniência do utente”;</li><li>✓ Seleccionar e marcar no SAPE os programas de saúde do adulto ou saúde do idoso</li></ul> <p><b><u>Vacinação/Injectáveis:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nas atitudes terapêuticas abrir o item da Vacinação, quando a vacina prescrita não faz parte do PNV;</li><li>✓ Registar no SINUS (vacinação). Após registo verificar se os dados foram inseridos de forma correcta;</li><li>✓ Registar no SAPE: Programa de Saúde, diagnósticos adesão vacinação e definir status através da demonstração ou falta de conhecimento, intervenções em função dos diagnósticos, registar no boletim de vacinas e/ou listagem no SINUS com carimbo da USF;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Agendar próximo contacto de enfermagem no SAPE.</li></ul> <p><b><u>Tratamentos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ No contacto com o utente abrir no SAPE o programa de saúde tratamentos de feridas/úlceras;</li><li>✓ Verificar no campo “vacinação”, a situação vacinal do utente, bem como do agregado familiar;</li></ul>
-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se um dos membros da família apresentar situação vacinal desactualizada, informa-se ou procede-se ao agendamento de acordo com disponibilidade do utente;</li><li>✓ Registar no SAPE: Programa de Saúde; diagnósticos: identificar o tipo de ferida ou úlcera e definir status atendendo à topologia e localização anatómica do foco da prática de enfermagem; (se o profissional considerar necessário, neste contacto, levantar outros diagnósticos para além do referido); intervenções: em função dos diagnósticos levantados.</li><li>✓ Informar secretários clínicos para fazer marcação de consulta médica se indicado pelo médico que observou o utente;</li><li>✓ Agendar próximo contacto de enfermagem no SAPE ou se alta do tratamento dar termo ao programa de saúde, diagnóstico e intervenções levantadas.</li></ul>
--	---

## **APÊNCIDE XII**

Manual de Acolhimento ao Utente

---

**A SAÚDE PRÓXIMA DE SI!**

**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**

**Manual de Acolhimento ao Utente**

Leia com atenção as nossas recomendações e ajude-nos a fazer  
o melhor por si.  
**CONTAMOS CONSIGO!**

## QUEM SOMOS

Somos uma equipa constituída por 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 secretários clínicos, motivados para servir melhor e que acreditamos poder contar com a sua colaboração para que todos juntos possamos ter mais e melhor acesso à saúde.

### Médicos

Dr. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

### Enfermeiros

Enf. \_\_\_\_\_ Enf. \_\_\_\_\_ Enf. \_\_\_\_\_

Enf. \_\_\_\_\_ Enf. \_\_\_\_\_ Enf. \_\_\_\_\_

Enf. \_\_\_\_\_ Enf. \_\_\_\_\_ Enf. \_\_\_\_\_

### Secretários Clínicos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Queremos que sinta  
esta USF como sua!

## Horário da USF

Dias Úteis das 8 às 20 horas.

## Alternativas Assistenciais

Fora do horário da USF (fins de semana e feriados) pode dirigir-se ao SACU (das 8h às 20h) ou ao Hospital \_\_\_\_\_ (das 20h às 8h).

## Marcação de Consultas

Poderá fazê-lo em presença física, pelo telefone \_\_\_\_\_, pelo fax \_\_\_\_\_ ou por correio electrónico \_\_\_\_\_.

Garantimos atendimento telefónico durante todo o horário de funcionamento da USF e é nosso compromisso marcar uma consulta programada em 5 dias úteis.

Todas as consultas têm hora marcada e o utente deve comparecer na USF 15 minutos antes da marcação para o contacto com o secretário clínico.

## A NOSSA MISSÃO

Prestar cuidados de saúde personalizados e de qualidade às famílias, garantindo acessibilidade e globalidade dos mesmos, visando a satisfação dos utentes e profissionais.

## CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto; Saúde Materna; Planeamento Familiar e Rastreio do Cancro do Colo do útero; Consulta de Diabetes; Consulta de Hipertensão Arterial; Visitação Domiciliária; Vacinação; Atitudes Terapêuticas (pensos, injectáveis e outros)



**A SUA OPINIÃO É  
IMPORTANTE!**

**Usa a caixa de sugestões,  
expondo o que pensa sobre os  
serviços prestados**

**Como fazer uma sugestão ou  
reclamação?**

Na USF existe uma caixa de sugestões e um Livro de Reclamações. Exponha o seu ponto de vista sobre os serviços prestados. O resultado da sua sugestão/reclamação será atendido e ajuda-nos a melhorar. Pode fazer a sua sugestão/reclamação de forma mais personalizado, através de marcação em contacto directo com o coordenador da USF e pode consultar o nosso Plano de Acção, Carta de Qualidade e Relatório de Actividades. Também poderá contactar o gabinete do cidadão que se situa \_\_\_\_\_ e funciona todos os dias úteis das 8 às 13h e das 14 às 17h. Sugere-se marcação prévia pelo telefone \_\_\_\_\_

## O QUE TEMOS PARA OFERECER NA USF

### CONSULTA ABERTA

Destina-se a situações de doença aguda e é marcada no próprio dia (em presença física ou por telefone)

Será atendido no próprio dia pelo seu médico de família ou por outro médico, na sua impossibilidade.

### PARA QUE SERVE A CONSULTA ABERTA?

Para situações de doença aguda que necessita de observação no próprio dia.

### PARA O QUE É QUE NÃO SERVE A CONSULTA ABERTA?

Mostrar exames complementares de diagnóstico pedido por rotina.

Pedido de Credenciais para exames complementares de diagnóstico e de receituário.

Procedimentos burocráticos.

## SERVÍÇOS MÍNIMOS DA USF

Nas situações de ausência programada de qualquer um dos elementos da equipa de saúde, a USF garante aos cidadãos, em sistema de intersubstituição, o atendimento dos seguintes serviços mínimos:

- Situações de doença aguda;
- Situações de urgência em planeamento familiar;
- Orientação das situações de interrupção voluntária de gravidez;
- Renovação de receituário crónico no caso de ausência superior a três dias úteis;
- Renovação dos certificados de incapacidade temporária para o trabalho no caso de ausências superiores a três dias úteis;
- Consultas de saúde materna se a situação de ausência interferir com a vigilância normal da grávida, designadamente primeira consulta, diagnóstico pré – natal quando aconselhado, controlo laboratorial e ecográfico do segundo e terceiro trimestre, referência para consulta de termo e consulta de revisão de puerpério;
- Primeira consulta na vida do recém-nascido.

USE OS SERVIÇOS DA CONSULTA ABERTA SÓ QUANDO TIVER NECESSIDADE DISSO!

### DOMICÍLIOS

Destinam-se a pessoas em situação de dependência física ou quando o estado de saúde comprovadamente não aconselha a deslocação à USF, à vigilância da mulher no pós parto e do recém-nascido.

### COMO RENOVAR MEDICAÇÃO CRÓNICA?

Deixe o seu pedido no secretariado clínico. Três dias úteis após o pedido pode levantar a sua receita médica (Peça aos seu médico de família o seu Guia de Medicação prolongada)





**ESPERE O MELHOR DE  
NÓS...**

Queremos cuidar de si com  
respeito.

Queremos que tenha acesso a  
cuidados de saúde com qualidade.

**...PORQUE ESPERAMOS O  
MELHOR DE SI!**



**Morada:**

---

---

---

**Contacto Telefónico:**

---

**Fax:**

---

**Correio Electrónico:**

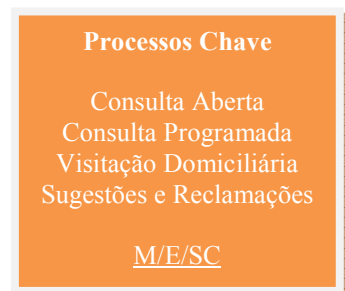
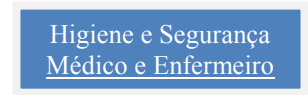
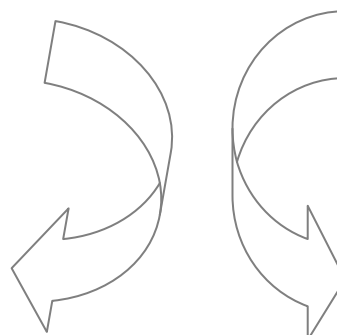
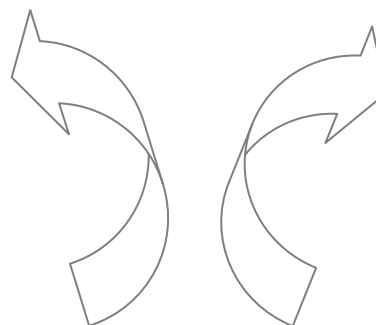
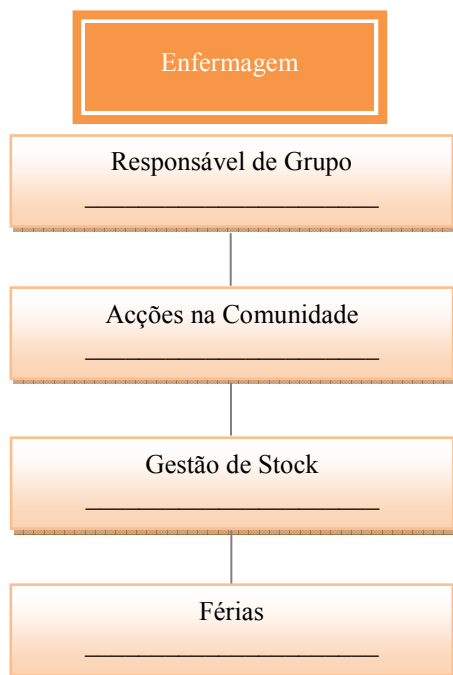
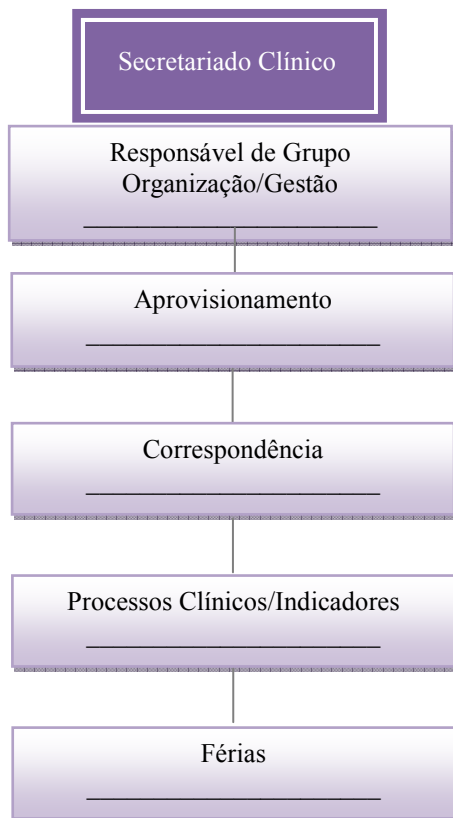
---

USF

A SAÚDE PRÓXIMA DE  
SI!

### **APÊNCIDE XIII**

Organigrama da USF



## **APÊNCIDE XIV**

Manual de Articulação

ARS \_\_\_\_\_  
ACES \_\_\_\_\_  
USF \_\_\_\_\_

# MANUAL DE ARTICULAÇÃO

## **ÍNDICE**

1- Introdução

2- Definição de áreas de Intervenção

3- Área dos Recursos Humanos

Assiduidade

Formação contínua e desenvolvimento profissional

Substituição de elemento de equipa com ausência superior a duas semanas

Avaliação do Desempenho

4- Área da Estrutura Física

5- Prestação de serviços

Requisição de material

Inventariação de stocks

Taxas Moderadoras

Elementos estatísticos

ECD/Fisioterapias/Transportes

Reembolsos

Correio

D.I.M

6- Contratualização Interna

Articulação com o Gabinete do Utente

Articulação com o Serviço Social

Articulação com a Rede Local de Cuidados Continuados e ECCI

Contratualização nas actividades de Segurança, Higiene e Segurança do Trabalho

Contratualização com serviços de Radiologia, Psicologia, Nutricionismo e Técnico

Informático

7- Prazos de Revisão do Documento

## 1. INTRODUÇÃO

O Manual de Articulação constitui um instrumento fundamental em todos os procedimentos decorrentes da actividade da USF. A articulação com outras Unidades Funcionais do ACES \_\_\_\_\_ seja na perspectiva da componente humana, seja na da estrutura física ou a que decorre da prestação de serviços encontra-se, legalmente disposta no artigo 18º do Decreto-lei 298/2007 e no Despacho Normativo 9/2006 e reforçada, no que concerne às responsabilidades do Coordenador da USF, pela nota informativa nº 3 – MCSP/2008.

Trata-se, nomeadamente, de forma concisa e clara de estabelecer um conjunto de regras que estabeleçam, não só um grau de convivência profissional, mas, também, de uma forma mais alargada, articular conceitos, objectivos e recursos que permitam a inserção do trabalho decorrente da actividade da USF, com o seu grau de autonomia funcional, no âmbito, naturalmente mais alargado, da actividade do ACES \_\_\_\_\_.

Trata-se, assim, objectivamente de estabelecer um compromisso de trabalho mútuo que se pretende o mais amplo possível. Constituirá um documento que compromete não só os responsáveis mas, através destes, todo o largo conjunto de intervenientes.

## 2. DEFINIÇÃO DE ÁREAS DE INTERVENÇÃO

O presente Manual de Articulação estará definido e consubstanciará as seguintes áreas de intervenção:

### **Área dos recursos humanos**

Assiduidade

Formação Contínua e Desenvolvimento Profissional

Substituição de elemento de equipa com ausência superior a duas semanas.

Avaliação de desempenho

### **Área da estrutura física**

Espaço Físico/Equipamentos

### **Prestação de serviços**

Requisição de material

Inventariação de stocks

Taxas Moderadoras

Elementos estatísticos

ECD/Fisioterapias/Transportes

Reembolsos

Correio

Registo e Atendimento dos Delegados de Informação Médica (D.I.M)

#### **Área de contratualização interna**

Articulação com o Gabinete do Utente

Articulação com o Serviço Social

Articulação com a rede local de Cuidados Continuados e ECCI

Contratualização nas actividades de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho

Contratualização com serviços de Radiologia, Psicologia, Nutricionismo e Técnico de Informática.

### **3. ÁREA DE RECURSOS HUMANOS**

#### **Assiduidade**

- a) O registo de assiduidade faz-se, enquanto nova situação não estiver prevista, em livro de ponto. A responsabilidade formal e prática pelo controle da assiduidade é do Coordenador da USF. Compete ao interlocutor administrativo garantir todos os dias 1 e 15 de cada mês o envio da assiduidade à sessão de pessoal do ACES. Esse envio far-se-á, por via electrónica. Competirá, também, ao interlocutor administrativo, o envio nos respectivos dias, de todos os documentos de suporte da referida assiduidade, nomeadamente, documentos de ausências de férias, folgas, faltas e comissões gratuitas de serviço.
- b) O mapa de horas extraordinárias será validado pelo Coordenador da USF e enviado à sessão de pessoal ou Director Executivo do ACES, em modelo próprio, até ao dia 5 do mês seguinte.
- c) Relativamente aos pedidos de abono de vencimento de exercício perdido serão os mesmos, após avaliação e autorização do Coordenador da USF, remetidos, juntamente com a assiduidade, à sessão de pessoal do ACES.
- d) Relativamente às solicitações de comissões gratuitas de serviço no País, serão as mesmas, após avaliação e autorização do Coordenador da USF, remetidas Director Executivo, para posterior parecer.
- e) Relativamente aos pedidos de férias e folgas serão as mesmas, após avaliação e autorização do Coordenador da USF, remetidas à sessão de pessoal e Director Executivo do ACES.
- f) A aprovação de Estatuto de trabalhador Estudante abrangendo profissionais da USF decorre da emissão de parecer favorável do Coordenador e do Conselho Geral da USF.
- g) Todos estes documentos emitidos ou a emitir no âmbito do processo individual de cada



elemento da USF serão digitalizados e anexos aos respectivos processos.

- h) Considerando a área de formação e havendo necessidade de formular individualmente critérios de selecção e de escolha para frequência de acções de formação externas e considerando que as mesmas poderão não ser concedidas, atendendo e considerando o histórico formativo individual e a pertinência do tema de formação, será solicitado ao ACES cópias dos processos individuais de cada elemento da USF, de modo a satisfazer as necessidades sentidas e expressas quer pela USF, quer pelo candidato(a) à formação.

### **Formação Contínua e Desenvolvimento Profissional**

- a) A USF \_\_\_\_\_ está disponível para colaborar com o ACES na formação contínua e desenvolvimento profissional dos profissionais nas diversas áreas de formação, considerando as competências técnicas e conhecimentos dos elementos que constituem a USF.
- b) Na área da formação contínua, será enviado, anualmente, ao ACES relação de elementos que necessitam de formação, assim como a referência à área específica.
- c) O Director Executivo do ACES procederá à divulgação de todas as acções de formação disponibilizadas aos profissionais do ACES, através do envio atempado ao Coordenador das USF desta informação, via correio electrónico.
- d) A selecção dos candidatos à participação em formação é realizada pelo Coordenador da USF, após parecer do interlocutor da área profissional a que a formação é dirigida.
- e) Os médicos da USF estão disponíveis para colaborar na formação pré e pós graduada de estudantes de Medicina.
- f) Os Enfermeiros da USF disponibilizam-se para colaborar na formação pré e pós graduada de estudantes de Enfermagem.
- g) Os Administrativos da USF estão disponíveis para apoiar profissionais com necessidades de formação na sua área.
- h) Todos os elementos da USF, com categoria na respectiva carreira, estão disponíveis em colaborar, participar e serem alvo de escolha para se integrarem como elementos de júri em concursos internos ou externos.

### **Substituição de elemento de equipa com ausência superior a duas semanas.**

Aplica-se o estipulado no artigo 24º do Decreto-lei 298/2007 de 22 de Agosto, nomeadamente:

- a) Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente serão garantidas pelos restantes elementos da equipa, através do recurso a

trabalho extraordinário.

- b) A situação prevista no número anterior não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da USF, o ACES deve proceder à substituição do elemento ausente, excepto nos casos em que a ausência resulta do exercício da licença de maternidade.
- c) Essa substituição deve ser efectuada, após prévio acordo com o Coordenador da USF, relativamente ao elemento a disponibilizar.
- d) Caso o Director Executivo do ACES, informe da indisponibilidade interna para solucionar a carência identificada nas condições referidas na alínea c) ou não exista resposta em 48 horas a USF solicitará à Administração Regional de Saúde (ARS. IP) a respectiva autorização para a realização de trabalho extraordinário

#### **Avaliação de desempenho**

- a) Compete ao Coordenador da USF a orientação e coordenação da actividade de toda a equipa multiprofissional da USF, respeitando a autoridade técnica dos diversos grupos profissionais e nos termos a definir em sede do Regulamento Interno.
- b) Para efeitos disciplinares e de avaliação de desempenho mantém-se a competência hierárquica inerente às respectivas carreiras, competindo ao Conselho Técnico emitir parecer a ser considerado na decisão final.

### **4. ÁREA DA ESTRUTURA FÍSICA**

#### **Espaço Físico/Equipamentos**

A USF ocupa todo o edifício do Ministério da Saúde situado em \_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_, Concelho de \_\_\_\_\_.

A USF compromete-se a preservar as instalações e respectivos equipamentos, mantendo a adequada observância de forma a evitar qualquer situação de desgaste precoce ou de ruptura.

Compete ao Conselho Clínico do ACES e UAG providenciar, através dos serviços competentes, a manutenção / reparação de instalações e equipamentos, bem como solicitar a sua substituição quando necessário, de uma forma atempada de forma a evitar que a prestação de cuidados seja afectada.

Estes procedimentos aplicam-se igualmente ao sistema informático e respectivos equipamentos, devendo o Conselho Clínico do ACES e UAG, providenciar junto dos serviços competentes para, em tempo útil, repor as condições de funcionamento.

O Coordenador da USF compromete-se a informar atempadamente todas as anomalias

registadas, de modo a que sejam repostas as condições básicas de funcionamento. Em caso de ser afectada a actividade da USF, por falta de reparação ou de reposição atempada de equipamentos, a USF fará chegar através do seu Coordenador, informação aos organismos competentes, nomeadamente a ARS Norte, referindo os eventuais constrangimentos ao seu desempenho relativamente aos indicadores e às metas que serão acordadas e contratualizadas.

Ao ACES compete garantir a limpeza das instalações de forma adequada a um serviço de saúde, fora do horário de atendimento ao público.

Ao ACES compete garantir as condições de segurança aos profissionais e utentes da USF.

O ACES disponibiliza uma viatura e respectivo motorista a tempo inteiro para a realização de domicílios ou outros serviços que a USF entenda necessários. A USF procederá informaticamente ao registo de todas as deslocações realizadas.

## **5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

### **Requisição de material**

A USF compromete-se a utilizar metodologia adequada à gestão de stocks, de forma a contribuir para a redução de custos e combater o desperdício, respondendo às exigências de maior eficiência e eficácia. Desta forma o material a prover deverá obedecer a princípios de durabilidade de forma a evitar armazenamentos em quantidades excessivas.

A USF requisitará os materiais entre os dias 25 e 30 de cada mês. O ACES satisfará os pedidos até ao dia 8 do mês seguinte. Em caso de ruptura de stocks, situação excepcional, haverá a faculdade de fazer um pedido extra para a reposição dos mesmos. Em caso de ruptura de stocks por parte do ACES o fornecimento será repostado com a maior brevidade possível.

No caso de distribuição de vacinas do PNV, o seu fornecimento será mensal e de acordo com o stock existente na USF. O pedido será concretizado na última semana de cada mês, tendo em conta a população abrangida pela USF e ajustada em conformidade com a estimativa de procura e prazos de validade. Perante uma ruptura de stock de vacinas na USF, haverá a possibilidade de fazer um pedido extra para reposição dos mesmos com maior brevidade possível.

### **Inventariação de stocks**

- a) A reposição do stock encontrado, será realizada mensalmente, de acordo com o eventual aumento do consumo médio mensal.
- b) O cálculo do stock terá sempre em conta, o assegurar a prestação de cuidados durante 1 mês.
- c) Será efectuado pela USF um registo informático num programa de gestão de stocks. Mensalmente será enviado para ao ACES informação relativo ao referido registo. O

programa de gestão de stocks, fornecerá a informação sobre os vários tipos de stocks, nomeadamente o stock mínimo, máximo e real.

### **Taxas Moderadoras**

- a) As taxas moderadoras cobradas serão diariamente enviadas para a tesouraria do ACES. Serão enviadas em documento próprio, assinado, datado e em duplicado.
- b) Um dos documentos deverá, após conferência dos valores no serviço de tesouraria do ACES, ser devolvido à USF devidamente datado e assinado pela entidade receptora.
- c) Será na USF mensalmente elaborado, através da informação colhida no SINUS, os resultados de apuramento de cobrança das taxas moderadoras, por utilizador e por mês. Esses elementos servirão como instrumentos de trabalho no que concerne à evolução da cobrança das taxas moderadoras.

### **Elementos estatísticos**

- a) Todos os diversos elementos estatísticos relacionados com os serviços prestados serão arquivados na USF, nomeadamente:
  - Estatística mensal de percentagem de marcações de consulta por telefone.
  - Percentagem de consultas médicas agendadas e não realizadas por utente.
  - Tempo médio de espera pela concretização da consulta a partir da hora marcada.
  - Percentagem de consultas agendadas que foram realizadas.
  - Percentagem de consultas, de iniciativa dos utentes, marcadas de forma não presencial (telefone, SMS, via e-mail, FAX).
- b) A USF enviará relatório pormenorizado, derivado da análise das referidas estatísticas, ao ACES, sempre que este o solicitar.

### **ECD/Fisioterapias/Transportes**

De acordo com a nota informativa nº 3 – MCSP/2008 e do Decreto-lei 298/2007 de 22 de Agosto inserem-se na competência do Coordenador da USF todas as obrigações relativas à prescrição e prestação de cuidados de saúde, nomeadamente:

- Confirmação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)
- Requisição de transporte de doentes.

Assim, toda a prescrição de meios complementares de diagnóstico será emitida e sujeita a confirmação pelo Coordenador da USF, ou por quem seja delegado por este para o fazer. Será elaborado programa informático para registo de dados dos utentes a quem tenham sido prescritos

MCDT, sendo da incumbência da USF a realização de consultas periódicas que atestem a boa prática na prescrição dos meios terapêuticos (oxigenoterapia, aerosolterapia, fisioterapia e outros).

Relativamente à requisição de transporte de doentes considera o Coordenador da USF haver necessidade de, em clima de estreita cooperação, estabelecer uma plataforma conjunta de actuação dada a envolvimento financeira que o assunto acarreta. Assim a USF articulará com os serviços do ACES o transporte de doentes cuja requisição tenha emitido.

Salvaguarda-se, contudo, que a efectivação de juntas médicas para estes utentes é assegurada e realizada pelo elemento clínico a quem o Coordenador da USF delegue competências.

### **Reembolsos**

O procedimento administrativo de recepção de pedidos de reembolsos é feito na USF, sendo a sua verificação, conferência, tratamento e pagamento feito pelo ACES.

### **Correio**

A USF procederá ao envio do diverso correio destinado ao ACES, diariamente e através da utilização da viatura disponibilizada.

A USF compromete-se a proceder ao referido envio cumprindo as regras e normas que, para o efeito, foram instituídas pelo ACES.

Todo o correio interno (ACES, ARSN) será remetido ao ACES para posterior envio às diversas entidades. O correio externo, ou seja, aquele que se considera fora do âmbito de competência daquelas entidades será directamente enviado da USF para os correios, após preenchimento de impressos próprios para o efeito. Competirá ao ACES o pagamento em sistema de avença aos correios.

As taxas moderadoras serão enviadas em envelope individual endereçado ao serviço correspondente.

As credenciais de transporte serão enviadas em envelope individual endereçado ao serviço correspondente.

O ACES, cumprindo as mesmas regras, procederá, diariamente, ao envio de correio destinado à USF.

Qualquer situação de urgência no tratamento de um qualquer documento, que implique envio imediato, deverá ser reportada por fax ou telefone.

### **Registo e Atendimento dos Delegados de Informação Médica (D.I.M)**

- a) A USF observará todas as disposições legais que, sobre a matéria, orientam e registo e o atendimento dos D.I.M.

- b) A lista semanal das visitas será afixada em local adequado para que todos os profissionais de saúde do serviço dela possam ter conhecimento.
- c) O local de atendimento dos D.I.M será centralizado na Sala de Reuniões localizada no 1º andar do edifício.
- d) O horário de atendimento para registo das marcações dos D.I.M será das 08.00h às 19.45h de segunda a sexta-feira.
- e) O horário de atendimento médico e/ou de enfermagem dos D.I.M será das 10h/11h, das 13h/14h e das 17h/18h de segunda a sexta-feira.
- f) É expressamente proibida o atendimento dos D.I.M por parte dos médicos que estejam em serviço em consulta aberta da USF.
- g) Excepcionalmente, o Coordenador da USF ou outrem designado por este, pode autorizar a realização de visitas para além do disposto, em particular nos seguintes casos:
  - Quando se verifique introdução de novas terapêuticas ou de diferentes tecnologias de saúde.
  - Quando por parte dos profissionais de saúde, se mostre necessário obter esclarecimentos sobre terapêuticas ou tecnologias de saúde.

## **6. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA**

### **Articulação com o Gabinete do Utente**

- a) A USF divulgará devidamente o horário de funcionamento do GU/ACES
- b) A USF compromete-se a disponibilizar ao utente as várias formas possíveis de comunicar a sua sugestão, reclamação ou elogio.
- c) Ao Coordenador da USF compete cumprir o disposto no Regulamento de Funcionamento do GU/ACES quanto ao encaminhamento das reclamações e à conveniente prontidão da resposta de qualquer elemento da USF visado.
- d) Compete ao GU/ACES dar conhecimento e solicitar informações ao Coordenador da USF das reclamações que envolvam a sua equipa.
- e) Compete ao GU/ACES dar conhecimento, semestralmente, das reclamações que digam respeito ao atendimento na USF, explicitando o tipo de causas e o grupo profissional visado.

### **Articulação com o Serviço Social**

- a) A USF divulgará devidamente o horário de funcionamento do Serviço Social.
- b) A USF publicitará todas as acções promovidas no âmbito de actuação do Serviço Social.

- c) A USF encaminhará para o serviço Social todos os casos e/ou assuntos que a este departamento digam respeito, nomeadamente situações que exijam merecer resposta daquele serviço.
- d) A USF promoverá reuniões de trabalho com o Serviço Social de forma a melhorar toda a capacidade de resposta que, na área social, seja necessário implementar.

#### **Articulação com a Rede Local de Cuidados Continuados e ECCI**

- a) A USF articulará com a Equipa de Coordenação Local promovendo a devida referenciação de utentes de acordo com o Decreto-lei 101/2006.
- b) Essa articulação será processada através do encaminhamento do utente pelo Médico de Família ou de referência da USF, pelo enfermeiro de família e/ou de referência da USF ou através da intermediação da Assistente Social do ACES. Todos os diversos encaminhamentos, contendo os dados essenciais, deverão ficar registados em suporte informático da USF.

#### **Contratualização nas actividades de Segurança, Higiene e Segurança do Trabalho**

- a) A USF e os seus profissionais terão acesso aos serviços do ACES no âmbito da Segurança, Higiene e Saúde do trabalho.
- b) O tratamento de roupas da USF será executado PELOS serviços do ACES ou por empresa externa contratualizada pelo ACES.
- c) O ACES pugnará pela higiene e controle de infecção nas instalações da USF e disponibilizará duas auxiliares de Apoio e Vigilância que ficarão afectas à USF para exercício das funções legalmente determinadas.
- d) As eventuais substituições das referidas auxiliares, por motivo de férias, folgas, faltas ou outros serão definidas pelo ACES, após prévio acordo com o Coordenador da USF.
- e) A esterilização do material médico-cirúrgico e de compressas compete ao ACES, assegurando a qualidade dos procedimentos, e adequando-os, de forma ajustada, às necessidades da USF.
- f) A recolha, separação e o armazenamento de resíduos equiparados a urbanos far-se-á segundo os procedimentos estabelecidos pelo ACES. A recolha, a separação, o armazenamento e destino dos resíduos perigosos, será executada em observância do estabelecido pelo ACES e de acordo com a legislação.

**Contratualização com serviços de Radiologia, Psicologia, Nutricionismo e Técnico de Informática.**

- a) A USF procederá à sinalização e encaminhamento dos utentes, nos casos em que as circunstâncias o determinem, para a prestação de cuidados na área de Radiologia, actualmente existente no ACES. O referido encaminhamento, enquanto não estiver disposta nova forma de articulação, deverá ser efectivado mediante o preenchimento dos documentos legalmente necessários.
- b) A USF procederá à sinalização e ao encaminhamento dos utentes, nos casos em que as circunstâncias o determinem, para a prestação de cuidados na área da Psicologia, actualmente existente no ACES. O referido encaminhamento, enquanto não estiver disposta nova forma de articulação, deverá ser efectivado mediante o preenchimento dos documentos legalmente necessários.
- c) A USF procederá à sinalização e ao encaminhamento dos utentes, nos casos em que as circunstâncias o determinem, para a prestação de cuidados na área de Nutricionismo actualmente existente no Hospital \_\_\_\_\_. O referido encaminhamento, enquanto não estiver disposta nova forma de articulação, deverá ser efectivado mediante o preenchimento dos documentos legalmente necessários e enviados ao ACES.
- e) A USF, sempre que as necessidades o determinarem, solicitará ao Centro de Saúde apoio no capítulo do sector de informática. Essa solicitação deverá ser expressa em documento legalmente habilitado para o efeito, e com a necessária e devida fundamentação.

**7. DEFINIÇÃO DE PRAZOS E CONDIÇÕES DE REVISÃO DO ACTUAL MANUAL**

- a) Considera-se como prazo indicado de revisão do presente Manual o período de um ano, contados a partir da aceitação do presente documento

O presente Manual de Articulação será o documento que estabelecerá linhas de conduta e de relacionamento na relação ACES/USF e poderá ser alterado sempre que as condições o determinem ou que os responsáveis conjuntamente o considerem apropriado.

Nos casos omissos, será aplicada a legislação em vigor ou, as normas instituídas pelo ACES e que vigoram nas restantes Unidades Funcionais.

O Director Executivo do ACES

---

O Coordenador da USF

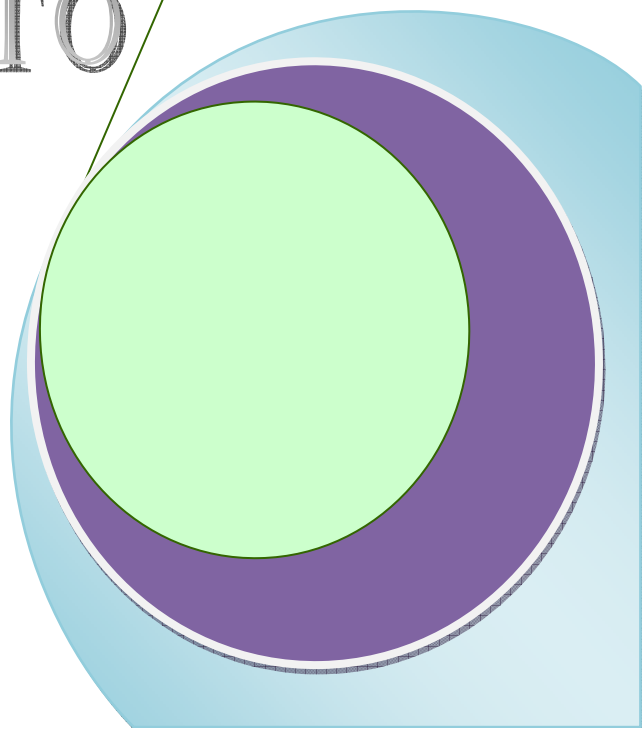
---



## **APÊNCIDE XV**

Regulamento Interno

# REGULAMENTO INTERNO



## ÍNDICE

CAPÍTULO I .....	
Disposições gerais.....	
Artigo 1º.....	
Definição .....	
Artigo 2º.....	
Área geográfica.....	
CAPÍTULO II .....	
Estrutura orgânica e funcionamento.....	
SECÇÃO I.....	
Órgãos da USF .....	
Artigo 3º.....	
Estrutura orgânica.....	
Artigo 4º.....	
Conselho geral .....	
Artigo 5º.....	
Coordenador da equipa .....	
Artigo 6º.....	
Conselho técnico.....	
Artigo 7º.....	
Os Serviços de Informação Competitiva.....	
Artigo 8º.....	
Instrumentos da USF .....	
Organização interna e cooperação interdisciplinar .....	
Artigo 9º.....	
Princípios gerais da organização.....	
Artigo 10º.....	
Os principais processos da USF.....	
Artigo 11º.....	
Gestão participada e por objectivos.....	
Artigo 12º.....	
Tarefas e responsabilidades dos profissionais.....	
Artigo 13º.....	
Intervenções e áreas de actuação do corpo clínico (médicos e enfermeiros) .....	
Artigo 14º.....	
Intervenções e áreas de actuação do grupo de secretariado clínico .....	
Artigo 15º.....	
Outros profissionais .....	
CAPÍTULO III.....	
Compromisso assistencial.....	
Artigo 16º.....	
Horário de funcionamento e de cobertura assistencial.....	
Artigo 17º.....	
Carteira de serviços .....	
Artigo 18º.....	
Sistema de marcação de consultas.....	
Artigo 19º.....	
Sistema de renovação das prescrições.....	

Artigo 20º.....	
Acolhimento e orientação dos cidadãos .....	
Artigo 21º.....	
Comunicação com os cidadãos .....	
Artigo 22º.....	
Acolhimento e comunicação com Delegados de Informação Médica .....	
Artigo 23º.....	
Continuidade e integração dos cuidados.....	
Artigo 24º.....	
Mudança de Médico ou Enfermeiro de Família .....	
Artigo 25º.....	
Sistema de inter-substituição dos profissionais da equipa .....	
Artigo 26º.....	
Forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa .....	
CAPÍTULO IV .....	
Formação contínua.....	
Artigo 27º.....	
Desenvolvimento profissional contínuo .....	
Artigo 28º.....	
Formação profissional externa.....	
Artigo 29º.....	
Formação pré e pós graduada.....	
Artigo 30º.....	
Investigação em cuidados de saúde primários.....	
CAPÍTULO V .....	
Compromisso para a qualidade.....	
Artigo 31º.....	
Monitorização da qualidade .....	
Artigo 32º.....	
Carta de qualidade.....	
CAPÍTULO VI .....	
Disposições finais e transitórias .....	
Artigo 33º.....	
Inibições decorrentes do cumprimento do compromisso assistencial.....	
Artigo 34º.....	
Dúvidas e omissões .....	
Artigo 35º.....	
Produção de efeitos e actualização .....	

## **CAPÍTULO I**

### **Disposições gerais**

#### **Artigo 1º**

##### **Definição**

A Unidade de Saúde Familiar (USF) \_\_\_\_\_, é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES \_\_\_\_\_, do qual é parte integrante. (Decreto-Lei 298/2007, artigo 3º)

#### **Artigo 2º**

##### **Área geográfica**

1 - A USF \_\_\_\_\_ disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos inscritos residentes nas freguesias \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, do Concelho de \_\_\_\_\_.

2 - A actividade domiciliária relativa aos cidadãos inscritos na USF e não residentes nas freguesias indicadas, será delegada na Unidade de Saúde mais próxima da sua residência, mediante acordo de cooperação, conforme estabelecido na lei. (DL n.º 28/2008, art. 5º)

3 - Reciprocamente, a USF \_\_\_\_\_ cooperará com outras Unidades de Saúde cujos inscritos residam de forma temporária ou definitiva nas freguesias indicadas no n.º1 deste artigo.

## **CAPÍTULO II**

### **Estrutura orgânica e funcionamento**

#### **SECÇÃO I**

##### **Órgãos da USF**

#### **Artigo 3º**

##### **Estrutura orgânica**

1 - A estrutura orgânica da USF \_\_\_\_\_ é constituída pelo conselho geral, o coordenador da equipa, o conselho técnico (DL n.º 298/2007, art. 11º) e os Serviços de Informação Competitiva (SIC).

2 - A constituição da equipa multiprofissional da USF \_\_\_\_\_, bem como os titulares dos órgãos referidos no número anterior, constam do organigrama relativo à organização interna da USF.

## **Artigo 4º**

### **Conselho geral**

- 1 - O conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional.
- 2 - São competências do conselho geral:
  - a) Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de acção, o relatório de actividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais;
  - b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;
  - c) Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de acção;
  - d) Propor a nomeação do novo coordenador;
  - e) Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional;
  - f) Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afectos e disponibilizados à USF.
- 3 - As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria (dois terços da equipa).
- 4 - O conselho geral pronuncia-se ainda nas seguintes situações:
  - a) Sempre que é necessário substituir algum elemento da equipa devido a ausência superior a duas semanas;
  - b) Quando está em causa o alargamento da cobertura assistencial;
  - c) Quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da USF.
- 5 - O conselho geral reúne, pelo menos, de quatro em quatro meses, ou mediante convocatória do coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos. (DL 298/2007, art. 13º)
- 6 - As convocatórias das reuniões do conselho geral devem mencionar a respectiva ordem dos trabalhos e devem ser emitidas com uma antecedência mínima de quarenta e oito horas.

## **Artigo 5º**

### **Coordenador da equipa**

- 1 - O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura, designado após concordância na deliberação, pelo Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte.
- 2 - Compete, em especial, ao coordenador da equipa:
  - a) Coordenar as actividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e os princípios orientadores da actividade da USF;
  - b) Gerir os processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento;
  - c) Presidir ao conselho geral da USF;
  - d) Assegurar a representação externa da USF;
  - e) Assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de acção e o relatório de actividades;

f) Autorizar comissões gratuitas de serviço no País.

3 - O coordenador da equipa detém as competências para, no âmbito da USF, confirmar e validar os documentos que sejam exigidos por força de lei ou regulamento.

4 - O coordenador da equipa exerce, também, as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direcção intermédia do 1.º grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação.

5 - Com excepção das previstas nas alíneas a) e c) do n.º 4 do presente artigo, o coordenador da equipa delega, com faculdade de subdelegação, a sua competência em outro elemento da equipa (DL n.º 298/2007, art. 12º).

6 - Essa delegação será efectuada após aprovação da mesma em Conselho Geral.

7 - O Coordenador deve ter um tempo dedicado à Gestão e ao atendimento ao cidadão.

## **Artigo 6º**

### **Conselho técnico**

1 - O conselho técnico é constituído por um elemento médico e por um elemento de enfermagem, preferencialmente, detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos elementos do respectivo grupo profissional.

2 - Compete ao conselho técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.

3 - Compete também ao conselho técnico:

a) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;

b) Elaborar e manter actualizado o manual de boas práticas;

c) Organizar e supervisionar as actividades de formação contínua e de investigação.

4 - O conselho técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês ou a pedido de um dos seus elementos. (DL n.º 298/2007, art. 14º)

## **Artigo 7º**

### **Os Serviços de Informação Competitiva**

1 – Cada SIC é composto por uma equipa multiprofissional, tendo por funções a recolha de elementos estatísticos, a análise dos mesmos, a observação diária do programa a analisar e a apresentação de medidas correctivas em caso de necessidade das mesmas. Constituem os pólos de actuação em cada uma das diferentes áreas. O SIC do Núcleo de Apoio e Gestão de Pessoal coadjuva o Coordenador funcionando como elo de ligação e informação dos diversos SIC. O elemento de Enfermagem e o elemento do Secretariado que o constitui são eleitos pelo Conselho Geral.

2 – São constituídos os seguintes grupos de trabalho:

Núcleo de Apoio e Gestão de Pessoal  
Saúde Infantil  
Interligação Social e Intervenção na Comunidade  
Risco Cardiovascular  
Saúde do Adulto e do Idoso  
Comissão de Controle de Infecção  
Supervisão Informática  
Visitas Domiciliárias  
Vigilância Oncológica  
Vacinação  
Exames Complementares de Diagnóstico/Fisioterapias/Transportes  
Gestão de Stocks/Instalações  
Saúde Materna/Planeamento Familiar

3 – Cada equipa multiprofissional promoverá reuniões de acordo com a disponibilidade dos seus elementos e de forma a não prejudicar as actividades de trabalho correntes.

### **Artigo 8º**

#### **Instrumentos da USF**

São instrumentos da USF \_\_\_\_\_ o presente regulamento interno e seus anexos, incluindo a carta da qualidade, a carta de compromisso e o diário de ocorrências.

Este último destina-se ao registo dos problemas identificados no desenvolvimento das actividades, na relação com os cidadãos e entre os profissionais, e o seu conteúdo deve fazer sempre parte da agenda de trabalhos do conselho geral.

### **SECÇÃO II**

#### **Organização interna e cooperação interdisciplinar**

### **Artigo 9º**

#### **Princípios gerais da organização**

- 1 - Os princípios de organização da USF \_\_\_\_\_ estão centrados no cidadão.
- 2 - A cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família e a cada utente/família um enfermeiro por área geográfica.
- 3 - Todos os contactos dos cidadãos com a USF, com excepção do correio electrónico, são estabelecidos através do secretariado clínico.
- 4 - A informação circula entre os profissionais por via electrónica.
- 5 - Sempre que possível, todos os cuidados a prestar devem ser agendados para um dia e uma hora.
- 6 - Sempre que possível, os cuidados a prestar devem ser realizados pelo respectivo médico ou



enfermeiro de família.

7 - Os horários de funcionamento da USF, os horários dos médicos e dos enfermeiros, bem como as formas de contacto e os períodos de ausência dos profissionais, devem ser publicitados.

8 - Cada profissional assume a responsabilidade de conhecer as regras de funcionamento da USF, de forma a estar habilitado para informar convenientemente os cidadãos.

9 - Cada profissional tem o dever de identificar e registar, em sede de diário de ocorrências, os problemas organizativos e funcionais que identifique ou sejam identificados pelos cidadãos e deles tenha conhecimento de forma directa ou indirecta.

10 - Todos os profissionais reconhecem o direito de ser questionados sobre a sua actuação e têm o dever de o fazer sempre que considerem que determinado procedimento não é correcto.

11 - Os interesses particulares dos profissionais não devem sobrepor-se aos princípios gerais da USF.

## **Artigo 10º**

### **Os principais processos da USF**

1 - Os principais processos da USF estão divididos nas áreas da organização e gestão, da prestação de cuidados (processos chave), da articulação com as instituições da saúde e da comunidade e da formação e desenvolvimento da qualidade:

a) Processos de organização e gestão:

- i. Gestão dos dados de identificação dos cidadãos;
- ii. Gestão dos dados dos profissionais;
- iii. Gestão da comunicação e documentação;
- iv. Gestão de material;
- v. Gestão da agenda de consultas.

b) Processos de prestação de cuidados (processos chave):

- i. Situações não programadas;
- ii. Cuidados aos cidadãos saudáveis;
- iii. Cuidados aos cidadãos com doenças crónicas e vulneráveis;
- iv. Cuidados aos cidadãos com dependência.

c) Processos de articulação:

- i. Articulação com o ACES \_\_\_\_\_ e Hospital de referência;
- ii. Articulação e intervenção na comunidade.

d) Processos de formação e desenvolvimento da qualidade:

- i. Formação contínua em contexto de trabalho;
- ii. Avaliação de desempenho;
- iii. Avaliação da satisfação.

2 - Os responsáveis dos processos são designados pelo conselho geral sob proposta do conselho técnico para as áreas referidas nas alíneas b), c), e do coordenador para a área da alínea a). Os

processos constantes da alínea d) são da responsabilidade do conselho técnico.

3 - Compete aos responsáveis pelos diversos processos:

- a) Definir o modo de desenvolvimento de cada processo e submetê-lo ao conselho geral para aprovação;
- b) Explicitar para cada processo quais as responsabilidades e competências de cada grupo profissional;
- c) Avaliar, pelo menos, semestralmente o desempenho ao nível de cada processo e propor ao conselho geral as alterações necessárias para a correcção de eventuais não conformidades.

4 - Os responsáveis pelos processos podem ser substituídos por decisão maioritária do conselho geral, a seu pedido ou por incumprimento reiterado das suas obrigações.

5 - Na USF \_\_\_\_\_ existe uma caixa de reclamações/sugestões/elogios e um livro de reclamações, devidamente publicitados aos cidadãos. A USF disponibiliza a possibilidade do utente fazer uma sugestão/reclamação/elogio mais personalizado através da marcação de um contacto directo com o Coordenador da Unidade.

## **Artigo 11º**

### **Gestão participada e por objectivos**

- 1 - A USF \_\_\_\_\_ tem um modelo de gestão por objectivos, identificados, temporizados e quantificados em sede de plano de actividades.
- 2 - O plano de actividades é elaborado por cada três anos com metas anuais.
- 3 - Compete aos responsáveis pelos processos da USF, com o apoio do conselho técnico e do coordenador e ouvidos todos os profissionais, elaborar e actualizar o plano de actividades.
- 4 - O plano de actividades é aprovado em conselho geral.

## **Artigo 12º**

### **Tarefas e responsabilidades dos profissionais**

- 1 - As tarefas dos profissionais são as decorrentes das diversas categorias e carreiras, conforme definido em lei.
- 2 - Todos os profissionais têm a responsabilidade de:
  - a) Garantir em todas as situações uma relação de respeito, cortesia e amabilidade com os cidadãos e com os outros profissionais;
  - b) Garantir todo o empenho na identificação dos problemas dos cidadãos, assumindo com prazer a sua orientação para a resolução, tendo em conta os princípios recomendados de boas práticas em cada momento;
  - c) Garantir a manutenção do saber e do saber fazer adequado a cada situação em determinado momento.
  - d) Cumprir com o sigilo profissional, respeitando as normas que prevalecem na organização da USF.

## **Artigo 13º**

### **Intervenções e áreas de actuação do corpo clínico (médicos e enfermeiros)**

- 1 - Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:
  - a) Geral;
  - b) Saúde da mulher;
  - c) Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;
  - d) Saúde do adulto e do idoso;
  - e) Cuidados em situação de doença aguda;
  - f) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla.
- 2 - Cuidados domiciliários
- 3 - Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspectiva de «gestor de saúde» do cidadão.

## **Artigo 14º**

### **Intervenções e áreas de actuação do grupo de secretariado clínico**

- 1 - Atendimento e encaminhamento do cidadão:

Programação e marcação de consultas - consultas programadas; consultas sem programação da iniciativa do utente;
- 2- Monitorização do tempo de espera e desistências.

Efectuar, com o devido registo, semanalmente, o controle do tempo de espera

Registo das desistências verificadas;

Contactar os utentes faltosos, para eventual remarcação de consultas.
- 3 - Gestão da comunicação:

Difusão actualizada do funcionamento dos serviços;

Manter actualizado o Guia de Acolhimento e proceder à sua divulgação;

Manter actualizado horário de funcionamento dos serviços bem como a exposição dos horários dos profissionais.
- 4- Informação a pedido.

Proceder a uma informação conscienciosa e objectiva.
- 5 - Gestão de procedimentos administrativos:

Participação na gestão dos processos clínicos;

Manter organizado e proceder à devida entrega dos processos clínicos.

Participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica;

Informar os utentes que no prazo de 48 horas os pedidos de prescrição crónica serão efectivados.

Registo e acompanhamento relativos à referenciação;
- 6- Gestão dos dados administrativos do cidadão;

Manter actualizada as moradas dos utentes;

Proceder ao desmembramento e/ou agrupamento de famílias;  
Solicitar e informatizar o N.º identificação Fiscal, Bilhete de Identidade e N.º Identificação Segurança Social.  
Manter, tendencialmente nulo, o número de utentes com isenção caducada  
Colocar ao nível do sistema operativo as isenções legalmente consagradas

7 -Gestão das áreas de apoio administrativo;

Manter actualizado e sectorialmente arquivado todos os documentos existentes na área de apoio administrativo.

8 - Participação na gestão do sistema de informação;

Proceder à divulgação diária de toda a informação;

Proceder ao arquivo informático sistematizado com informação disponível em rede.

9 - Participação na recepção e informatização das queixas, reclamações, sugestões e elogios dos cidadãos. (Portaria n.º 1368/2007, Anexo I, I-B)

Informar os cidadãos do trajecto que as queixas, reclamações e sugestões determinam.

Elucidar os cidadãos relativamente à carta dos direitos e deveres dos cidadãos.

### **Artigo 15º**

#### **Outros profissionais**

1 – Na USF \_\_\_\_\_ exercem funções/actividade outros profissionais, nomeadamente equipas de limpeza, assistentes operacionais e profissionais de saúde em fase de pré e pós graduação.

2 - A função/actividade e tarefa do primeiro e segundo grupos está estabelecida no manual de articulação e nos respectivos contratos de prestação de serviços.

3 - O desempenho dos profissionais em fase de pré ou pós graduação obedece às respectivas cadernetas protocolos de estágio.

## **CAPÍTULO III**

### **Compromisso assistencial**

#### **Artigo 16º**

##### **Horário de funcionamento e de cobertura assistencial**

1 - O período de funcionamento da USF \_\_\_\_\_ é das 8 às 20 horas, nos dias úteis. (DL n.º 298/2007, art. 10º, n.º 4)

2 - O horário de funcionamento da USF \_\_\_\_\_ será publicitado, designadamente, através de afixação no exterior e interior das instalações. (DL n.º 28/2008, art. 6º)

3 - O período de funcionamento referido no número pode ser alargado quer nos dias úteis, quer aos fins-de-semana e feriados, sob proposta fundamentada do conselho técnico ou do

coordenador, desde que aprovada por maioria qualificada em sede de conselho geral.

4 - O horário de atendimento aos cidadãos deve coincidir com o horário de funcionamento da USF.

5 - Em situações especiais de afluência o horário de atendimento pode ultrapassar o limite superior de funcionamento até trinta minutos.

6 - Para os casos previstos na alínea anterior, deve ser constituído um banco de horas dos profissionais, gerido pelo secretariado clínico, podendo ser utilizado, em qualquer altura, no todo ou em parte conforme conveniência de cada um e autorização do coordenador ou quem tiver a competência delegada.

7 - Sempre que, antes do horário de encerramento, seja previsível ultrapassar os trinta minutos de tolerância, os cidadãos devem ser encaminhados para os locais de assistência alternativa.

### **Artigo 17º**

#### **Carteira de serviços**

1 - A carteira de serviços da USF \_\_\_\_\_ é a que consta do anexo I da Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, e será actualizada de acordo com as eventuais alterações que o referido diploma venha a sofrer.

2 - A USF \_\_\_\_\_ pode solicitar às entidades competentes a negociação duma carteira adicional, de acordo com a a portaria ou de futura legislação que a venha a substituir, desde que proposta pelo conselho técnico e aprovada por maioria qualificada em sede de conselho geral.

### **Artigo 18º**

#### **Sistema de marcação de consultas**

1 - O acesso dos cidadãos inscritos na USF \_\_\_\_\_ à carteira de serviços faz-se através dos seguintes tipos de consulta:

a) Consulta programada – É uma consulta de iniciativa do cidadão ou da equipa de família, para vigilância de saúde ou de doença crónica, de acordo com o plano de saúde individual previamente definido com a equipa de família, marcada com antecedência por qualquer meio de comunicação, preferencialmente no horário da própria equipa de família;

b) Consulta aberta – É uma consulta de iniciativa do cidadão, devido ao aparecimento recente dum problema de saúde ou agudização de outros já existentes. A consulta pode ser marcada pelo telefone ou presencialmente, preferencialmente no horário da sua equipa de família e deve ser consumada no próprio dia da ocorrência;

c) Visitação domiciliária – É uma consulta efectuada no domicílio do cidadão em situação de dependência ou cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha a deslocação à USF. Pode ter as características definidas para a consulta programada ou para a consulta aberta. Neste último caso, desde que a situação de doença seja do âmbito dos cuidados de saúde primários, é assegurada uma resposta num prazo que não comprometa o estado de saúde do cidadão.

2 - A marcação das consultas pode ser efectuada por qualquer meio de comunicação, designadamente, presencial, telefone, fax, correio electrónico, E-AGENDA, directamente pelo próprio ou através de qualquer outra pessoa.

3 - A USF \_\_\_\_\_ garante:

a) Um prazo máximo de cinco dias úteis para a marcação da consulta, entendendo-se por dias úteis aqueles em que a respectiva equipa de saúde está em serviço efectivo, sem considerar as ausências por qualquer dos motivos legalmente definidos.

b) A possibilidade de obter uma consulta programada para a sua equipa de família em todo o horário de funcionamento.

c) Um tempo de espera da consulta, após a hora marcada, não superior a 20 minutos

## **Artigo 19º**

### **Sistema de renovação das prescrições**

1 - O sistema de renovação de prescrições é exclusivo do processo de prestação de cuidados aos cidadãos com doença crónica e tem como objectivo assegurar a continuidade do tratamento.

2 - Nas consultas relativas a este processo, o médico de família deve assegurar-se que disponibiliza as prescrições necessárias e adequadas até à consulta seguinte, desdobrando o receituário de acordo com a garantia dada pelo cidadão no que respeita à aquisição dos medicamentos.

3 - Cada médico de família deve identificar a medicação crónica do paciente e a mantê-la actualizada.

4- Cada médico de família deve fornecer ao utente a lista de medicação crónica emitida através do sistema informático e a explicar-lhe o seu uso

(Renovação de medicação prolongada – ACVSS).

5 - Quando não for possível assegurar a renovação até à consulta seguinte, o paciente pode solicitar a renovação da sua prescrição crónica através da apresentação da respectiva guia, identificando o medicamento em causa e o número de embalagens pretendido.

6 - O pedido referido no número anterior pode ser feito pelas seguintes vias:

a) Presencialmente junto do secretariado clínico, pessoalmente ou através de terceira pessoa;

b) Por fax, correio normal ou electrónico e pelo sítio da internet, se estiver disponível.

7 - A USF \_\_\_\_\_ garante a renovação da prescrição até ao segundo dia útil após o pedido.

8 - O médico de família deve assegurar-se da necessidade efectiva dos medicamentos solicitados.

9 - Não deve ser emitido qualquer receituário para pacientes que não tenham tido uma consulta nos últimos seis meses, ou que não tenham uma consulta marcada para os três meses seguintes.

10 - O receituário pedido e não levantado será objecto de revisão por parte do secretariado clínico, obedecendo aos seguintes procedimentos:

a) Observação regular das receitas emitidas que aguardam levantamento;

b) Separação das que foram emitidas há mais de vinte dias, avisando os respectivos utentes de que as mesmas serão anuladas se não forem levantadas nos cinco dias seguintes;

c) Devolução ao médico de família das receitas emitidas há mais de vinte e cinco dias para serem anuladas no sistema informático.

## **Artigo 20º**

### **Acolhimento e orientação dos cidadãos**

1 - O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do secretariado clínico, seja em presença física ou pelo telefone.

2 - O contacto por via electrónica pode ser dirigido directamente para o endereço

---

3 - Qualquer cidadão não deve esperar pelo atendimento do secretariado mais de:

a) Cinco minutos quando em presença física;

b) Três toques quando por contacto telefónico;

c) Um dia útil quando em contacto por correio electrónico ou sítio da internet;

d) Três dias úteis quando pelo correio normal.

4 - Todos os procedimentos exclusivamente administrativos, que não necessitem de intervenção directa do médico ou do enfermeiro, são resolvidas pelo secretariado clínico, incluindo a recepção de reclamações, sugestões ou elogios, a renovação de receituário de medicação crónica e os pedidos de declarações e atestados médicos, sem prejuízo das decisões que os médicos ou os enfermeiros venham a tomar para validação desses pedidos.

5 - Para o atendimento das situações referidas no número anterior deve ser utilizada uma linha de atendimento própria, preferencialmente de resolução rápida.

6 - O atendimento de utentes com necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, na USF ou no domicílio, obedece aos procedimentos definidos para os diferentes processos de prestação de cuidados.

## **Artigo 21º**

### **Comunicação com os cidadãos**

1 - A comunicação entre os cidadãos e a USF \_\_\_\_\_ pode ser feita por qualquer meio disponível e deve garantir o previsto no n.º 1 do art. 23º.

2 - A USF \_\_\_\_\_ garante o atendimento telefónico dos cidadãos em todo o seu período de funcionamento.

3 - A comunicação entre a USF \_\_\_\_\_ e os cidadãos, para além dos meios referidos, utiliza também os placares da própria unidade, o guia de acolhimento, a carta da qualidade e folhetos informativos;

4 - Nos placares deve estar informação relevante sobre:

a) O funcionamento da USF, incluindo horário das actividades, ausências programadas dos profissionais, alternativas assistenciais, sistema de marcação de consultas, tempos de espera para marcação de consulta e contactos; critérios de inclusão e prioridade das visitas domiciliárias.

b) Os direitos e deveres dos cidadãos, a disponibilidade e local do gabinete do utente e a publicidade à existência de livro de reclamações e da caixa de sugestões e reclamações;

c) Os resultados da USF e sua evolução face aos compromissos assumidos e assegurar a publicidade à disponibilidade de consulta, por parte dos cidadãos, do plano e relatório de actividades;

d) Posters de informação oportunista sobre a saúde dos cidadãos.

5 - Os folhetos informativos devem estar acondicionados em espaços próprios e visíveis, na sala de espera ou nos gabinetes clínicos, com informação sucinta e oportuna sobre as questões da saúde ou da doença.

6 - A USF \_\_\_\_\_ não pode ser responsabilizada pela não actualização dos contactos por parte dos cidadãos.

7 - As regras e a política de comunicação com os cidadãos constam do manual de procedimentos do processo da gestão da comunicação e documentação.

8- A USF disponibiliza o Plano e o Relatório de Actividades sempre que, para tal, seja solicitado pelos utilizadores desta USF.

9 – Respeitando a existência da Liga dos Amigos da USF \_\_\_\_\_, a USF disponibilizará a esta entidade o referido Plano e Relatório de Actividades, bem como outros documentos julgados úteis.

## **Artigo 22º**

### **Acolhimento e comunicação com Delegados de Informação Médica**

1 – A comunicação entre os delegados e a USF \_\_\_\_\_ encontra-se determinado por diploma legal (DL n.º 100/94 de 19 de Abril) que estipula as formas de que se reveste aquela comunicação.

2 – Os delegados deverão aguardar na sala de Reuniões do 1º andar, devidamente credenciados, através da colocação de placa individual indicativa, pelo atendimento médico/enfermagem.

3 – Será apenas nesse local que a referida comunicação será estabelecida.

## **Artigo 23º**

### **Continuidade e integração dos cuidados**

1 - A USF \_\_\_\_\_ garante a continuidade e integração dos cuidados prestados aos cidadãos, no pressuposto de que todos os profissionais aceitam os valores da USF definidos no art. 5º do presente regulamento.

2 - As ausências dos profissionais, programadas ou não, não devem comprometer a prestação dos cuidados, nomeadamente os que interferem com a saúde dos cidadãos inscritos e com os objectivos definidos e aprovados no plano de acção.

3 - As ausências programadas obedecem às seguintes regras:

a) Não devem ser superiores a três semanas;

b) O máximo de profissionais ausentes, por área profissional, não pode exceder 1/3 do número



total de profissionais, salvo situações excepcionais autorizadas pelo Coordenador, sem prejuízo do normal funcionamento da USF e dos compromissos assistenciais

c) A programação das ausências deve ter em conta os prazos legalmente estipulados para a sua autorização, acrescidos de vinte dias úteis sempre que não seja da competência do coordenador.

## **Artigo 24º**

### **Mudança de Médico ou Enfermeiro de Família**

1 - A USF \_\_\_\_\_ assegura a qualquer cidadão inscrito a possibilidade de mudar de médico ou enfermeiro de família, desde que demonstre essa intenção por escrito e existam condições de integrá-lo num outro profissional da sua escolha.

## **Artigo 25º**

### **Sistema de inter-substituição dos profissionais da equipa**

1 - Nas situações de ausências programadas de qualquer dos elementos da equipa de saúde a USF garante aos cidadãos, em sistema de inter-substituição, o atendimento dos seguintes serviços mínimos:

- a) Situações de doença aguda;
- b) Situações de urgência em planeamento familiar;
- c) Orientação das situações de interrupção voluntária de gravidez;
- d) Renovação de receituário crónico no caso de ausências superiores a dois dias úteis;
- e) Renovação dos certificados de incapacidade temporária para o trabalho no caso de ausências superiores a três dias úteis;
- f) Consultas de saúde materna se a situação de ausência interferir com a vigilância normal da grávida, designadamente, primeira consulta, diagnóstico pré-natal quando aconselhado, controlo laboratorial e radiológico do segundo e terceiro trimestre, referenciação para consulta de termo e consulta de revisão do puerpério;
- g) Primeira consulta na vida do recém-nascido.
- h) Tratamentos e Injectáveis

2 - Nas situações de ausências não programadas a USF garante aos cidadãos o atendimento dos seguintes serviços mínimos:

- a) Situações de doença aguda;
- b) Urgências em planeamento familiar;
- c) Orientação das situações de interrupção voluntária de gravidez;
- d) Consultas programadas não susceptíveis de alteração para outra data sem comprometer a personalização dos cuidados.

5 - O atendimento referido no n.º 1 e 2 é assegurado pelos profissionais em serviço durante os seus períodos de consulta aberta, com excepção das alíneas f) e g) do n.º 1 que devem ser prestados nos horários de atendimento específico dos respectivos programas de saúde.

6 - As regras de inter-substituição constam do Manual de Procedimentos.

### **Artigo 26º**

#### **Forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa**

1 - A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional é estabelecida para toda a equipa, tendo em conta o plano de acção, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei. (DL n.º 298/2007, art. 22º)

2 - O horário de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional deve resultar da articulação e do acordo entre todos os profissionais, tendo em conta o previsto no n.º 1 do presente artigo. (DL n.º 298/2007, art. 23º)

3 - Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF são responsáveis, solidariamente e dentro de cada grupo profissional, por garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas. (DL n.º 298/2007, art. 24º)

4 - Sem prejuízo da autonomia técnica garantida aos médicos e enfermeiros, os profissionais da equipa multiprofissional desenvolvem a sua actividade sob a coordenação e a orientação do coordenador da equipa. (DL n.º 298/2007, art. 26º)

## **CAPÍTULO IV**

### **Formação contínua**

#### **Artigo 27º**

##### **Desenvolvimento profissional contínuo**

1 - A USF \_\_\_\_\_ é um espaço de formação e inovação. O desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos é um requisito indispensável para o seu sucesso e para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços prestados. (Portaria n.º 1368/2007, Anexo I, I-E)

2 - A USF \_\_\_\_\_ obriga-se a elaborar um plano anual de formação dos seus profissionais, organizado e supervisionado pelo conselho técnico, tendo em conta as necessidades da equipa multiprofissional e as necessidades individuais.

3 - Para determinação das necessidades referidas no número anterior, serão realizados inquéritos de avaliação que devem ter lugar no último trimestre do ano anterior.

4 - Os profissionais devem informar o conselho técnico das acções de formação externa que pretendem frequentar no ano seguinte.

5 - O plano de formação deve ser aprovado pelo conselho geral na última reunião do ano anterior.

6 - O plano de formação deve incorporar obrigatoriamente acções em contexto de trabalho.

7 - O plano de formação deve contemplar reuniões regulares inter pares, pelo menos, nove vezes

no ano, e multiprofissionais, pelo menos quarenta vezes por ano.

8 - Semanalmente, a USF disponibiliza tempo para exame de processos ou procedimentos de trabalho diário, e da maneira como podem ser melhorados, incluindo a discussão de casos clínicos e a abordagem de problemas da prática clínica pelos próprios elementos da USF. (Portaria n.º 1368/2007, Anexo I, I-E)

9 - A formação interna será efectuada preferencialmente por elementos da USF, podendo esta recorrer a formadores externos nas áreas para as quais não se encontrem as competências internas necessárias.

10 - A formação interna será certificada por elementos da USF detentores do Curso de Formação de Formadores. Em caso de inexistência dos mesmos, o Plano de Formação deverá ser submetido a apreciação do Departamento de Formação da ARS Norte.

## **Artigo 28º**

### **Formação profissional externa**

1 - A participação em acções de formação externa não contempladas no plano de formação aprovado, obriga a apresentação de requerimento com, pelo menos, dez dias úteis de antecedência em relação ao prazo legalmente previsto para a sua remessa para a entidade competente.

2 - O pedido deve ser avaliado em reunião do respectivo grupo profissional, salvaguardando-se as seguintes condições:

- a) O profissional dispõe de tempo para formação;
- b) Em reunião de serviço, o profissional transmitiu o conteúdo da formação externa anterior em que participou;
- c) A formação externa coincide com as necessidades sentidas ou avaliadas do profissional em causa;
- d) Os eventuais actos já programados para as datas de formação serão reprogramados;
- e) Ficam assegurados os serviços mínimos regulamentados.

3 - Da acta da reunião que aprova a ausência deve constar:

- a) A designação da acção de formação e as datas de ausência;
- b) A verificação expressa dos parâmetros referidos no número anterior;

4 - Devem ser enviadas cópias da acta referida no número anterior ao coordenador, ao responsável pelo processo de gestão dos dados dos profissionais, para registo do tempo de formação externa já utilizado, e ao responsável do processo de gestão da agenda de marcação de consultas para proceder aos ajustes adequados.

5 - O coordenador ou quem tenha a competência delegada prestará à entidade competente a informação necessária à autorização da ausência do profissional em causa.

6 - Sempre que exista conflito de interesses entre os profissionais observam-se as seguintes regras de prioridade:

- a) A ordem de entrada dos requerimentos;

b) O profissional que, à data, tenha menos tempo de formação externa despendido.

### **Artigo 29º**

#### **Formação pré e pós graduada**

- 1 - Os profissionais da USF \_\_\_\_\_ asseguram, sempre que solicitados e ouvido o conselho técnico, a qualidade de formadores.
- 2 - Os formadores e o conselho técnico devem ponderar as implicações desta formação no desempenho e desenvolvimento da USF e submetê-las ao conselho geral que decidirá.

### **Artigo 30º**

#### **Investigação em cuidados de saúde primários**

- 1 - A USF \_\_\_\_\_ garante a realização de pelo menos um estudo de investigação anual.
- 2 - Os estudos propostos pelos profissionais da USF \_\_\_\_\_ ou pelos seus formandos devem ter sempre a supervisão de pelo menos um dos elementos do conselho técnico.

## **CAPÍTULO V**

### **Compromisso para a qualidade**

### **Artigo 31º**

#### **Monitorização da qualidade**

- 1 - A USF \_\_\_\_\_ compromete-se com o desenvolvimento da qualidade através da avaliação do seu desempenho nas várias áreas de prestação de cuidados, de relação com os cidadãos e entre os profissionais, identificando os problemas e desvios das metas dos objectivos definidos em plano de acção, propondo correcções e reavaliando.
- 2 - Os vários responsáveis pelos processos da USF \_\_\_\_\_ devem incluir nos respectivos manuais de procedimentos de cada processo as formas e os tempos de avaliação e os prazos de implementação das correcções das não conformidades.
- 3 - O conselho técnico, com o apoio dos responsáveis pelos processos de natureza clínica, produzirá as normas de orientação clínica dos problemas prevalentes na comunidade servida pela USF, ao ritmo de, pelo menos, uma norma por ano e respectiva revisão a cada três anos.
- 4 - O conselho técnico, com o apoio dos profissionais disponíveis, promoverá anualmente uma avaliação da satisfação dos utentes e dos próprios profissionais, utilizando as metodologias aceites e validadas para o efeito.
- 5 - O coordenador e o conselho técnico devem articular com o ACES \_\_\_\_\_ a resolução das não conformidades identificadas em sede de segurança, saúde e higiene do

trabalho, incluindo a construção e simulação regular do plano de emergência.

### **Artigo 32º**

#### **Carta de qualidade**

A carta de qualidade da USF \_\_\_\_\_ consta em anexo ao presente regulamento, do qual faz parte integrante.

## **CAPÍTULO VI**

### **Disposições finais e transitórias**

### **Artigo 33º**

#### **Inibições decorrentes do cumprimento do compromisso assistencial**

- 1 - Os profissionais da USF \_\_\_\_\_ estão obrigados a apresentar ao conselho técnico uma declaração de interesses no que respeita a actividades inerentes às suas habilitações a exercer fora do âmbito da USF.
- 2 - O conselho técnico emitirá parecer sobre o assunto, no que se refere exclusivamente aos eventuais prejuízos dos compromissos da USF, informando o respectivo profissional e o coordenador.
- 3 - O parecer do conselho técnico deve ser submetido a ratificação em sede de conselho geral.
- 4 - Nos casos em que o conselho geral considere existir incompatibilidade entre os interesses particulares e o interesse da USF, compete ao profissional corrigir o problema ou renunciar à sua posição de elemento da USF \_\_\_\_\_;
- 5 - Se o elemento nas circunstâncias definidas no número anterior não renunciar por sua livre vontade, o coordenador deve propor ao conselho geral a sua exclusão.
- 6- Os profissionais da USF \_\_\_\_\_ estão obrigados, previamente, a informar e a solicitar autorização ao Coordenador, encontrando-se este mandatado para o efeito por decisão do Conselho Geral, relativamente a qualquer actuação pessoal que prestem na área da Comunicação Social, nomeadamente entrevistas e/ou artigos de opinião à Rádio, Jornais e T. V, e que versem assuntos ou temas relativos a esta USF.

### **Artigo 34º**

#### **Dúvidas e omissões**

- 1 - As dúvidas ou omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria de dois terços dos elementos da USF, incluindo o Coordenador.
- 2 - As decisões do conselho geral sobre as dúvidas ou omissões referidas no número anterior passarão a valer como regra a observar em situações idênticas que venham a surgir.

## **Artigo 35º**

### **Produção de efeitos e actualização**

- 1 - O presente regulamento interno produz efeitos a partir do dia seguinte ao da sua aprovação em conselho geral.
- 2 - O presente regulamento interno só pode ser objecto de actualização em reunião do conselho geral expressamente convocada para o efeito, com aprovação por maioria de dois terços dos seus elementos.

## **APÊNCIDE XVI**

Plano de Acompanhamento Interno 2012

# **UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR**



**PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO 2012**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL**



## **ÍNDICE**

INTRODUÇÃO

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DA ÁREA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DA ÁREA/PROCESSO

OBJECTIVOS A ATINGIR

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS UTENTES NA ÁREA/PROCESSO

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS UTENTES NA ÁREA/PROCESSO

CIRCUITO DO UTENTE NA ÁREA/PROCESSO

RESPONSABILIDADES, COMPETÊNCIAS E ATITUDES-CHAVE DA CADA ÁREA

PROFISSIONAL

CRITÉRIOS DE SEGUIMENTO/VIGILÂNCIA DO UTENTE

ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS (FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS TRÊS ÁREAS PROFISSIONAIS

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO GLOBAL

ALTURAS DE REAVALIAÇÃO (TIMINGS)

## **1. INTRODUÇÃO**

Tendo em conta que, paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços e à carteira adicional de serviços, cada USF deverá implementar progressivamente um Plano de Auditoria Interna, iniciando assim um processo de auto-avaliação, tendo por fim chegar à acreditação, a USF escolheu a sua área/processo: Hipertensão Arterial.

O Plano de Auditoria Interna, construído com o apoio das Equipas Regionais de Acompanhamento (ERA), no âmbito do processo de acompanhamento das USF avaliará o grau de cumprimento de um ou mais procedimentos e as não conformidades associadas. A não implementação de um Plano de Auditoria Interna implica, caso a USF tenha direito, à perda de 30% do Incentivo Institucional. Os indicadores de avaliação de desempenho das três áreas profissionais do Plano de Acompanhamento Interno, constituirão a base da metodologia para a Avaliação de Desempenho de todos os profissionais.

## **2. JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DA ÁREA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Em Portugal, só cerca de metade dos hipertensos (e são perto de 2 milhões) sabe que sofre de HTA e esta é um factor de risco importantíssimo de doença cardiovascular e a principal causa de morte e incapacidade no nosso País. Hoje sabe-se que a adopção de um estilo de vida saudável pode prevenir, pelo menos em parte, o aparecimento de HTA. Por outro lado, sabe-se que existe um enorme potencial para reduzir a incidência de doença e de morte cardiovascular se a HTA for detectada precocemente e controlada adequadamente. A detecção precoce da HTA, particularmente nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, a correcta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objectivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde. É aqui que a USF pretende modificar o actual estado de coisas, no que diz respeito aos seus utentes e é esse o objectivo major deste Plano. Pretendemos melhorar as áreas do diagnóstico e do tratamento da HTA. Este plano de acompanhamento interno baseia-se na Circular Normativa da DGS, 2004 e de acordo com os consensos da comunidade científica, internacional e nacional, nomeadamente da OMS, Sociedade Internacional de Hipertensão, Sociedades Europeias de Hipertensão e de Cardiologia e Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Gostaríamos com este trabalho de salientar a importância de uma intervenção integrada e multidisciplinar sobre atitudes e estilos de vida de risco, bem como acções de prevenção e de reabilitação global.

## **3. CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DA ÁREA/PROCESSO**

Designam-se de hipertensão arterial todas as situações em que se verificam valores de tensão arterial aumentados. Para esta caracterização, consideramos os valores de tensão arterial sistólica

superiores ou iguais a 140 mmHg (mil metros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mmHg. O limiar para a Hipertensão Arterial deve ser considerado flexível, sendo mais ou menos elevado, dependendo do perfil de risco cardiovascular global de cada indivíduo (DGS, 2004, tabela 1). Assim a mesma fonte classifica os grupos tensionais em categorias:

Tabela 1: Classificação Dos Grupos Tensionais (DGS, 2004)

CATEGORIA	TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA TAS (mmHg)	TENSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA TAS (mmHg)
<b>NORMAL</b>	120-129	80-84
<b>NORMAL ALTO</b>	130-139	85-89
<b>HIPERTENSÃO ESTÁDIO 1</b>	140-159	90-99
<b>HIPERTENSÃO ESTÁDIO 2</b>	≥ 160	≥ 100

O desenvolvimento das ciências da saúde veio provar que a morte ocorrida em idades precoces, no mundo ocidental, não se deve a uma fatalidade do destino, mas antes a doenças causadas ou agravadas pela ignorância dos factores de risco e das causas reais que a elas conduzem, assim é imprescindível que os profissionais de saúde actuam a este nível.

✓ **Factores de Risco Major Cardiovasculares (DGS, 2004):**

Hipertensão; Obesidade (índice massa corporal > = 30kg/m<sup>2</sup>; Perímetro Abdominal > = 102cm nos homens e > = 88 cm nas mulheres); História Familiar de Doença Cardiovascular prematura (< 55 anos nos homens e < 65 anos nas mulheres); Sedentarismo; Diabetes Mellitus; Dislipidémias; Idade (> 55 anos no homem e > 65 anos na mulher); Taxa de Filtração Glomerular estimada <60ml/min; Microalbuminúria; Hábitos Tabágicos.

✓ **Causas Identificáveis de Hipertensão (DGS, 2004):**

Apneia do sono; Induzida por fármacos; Doença renal crónica; Hiperaldosteronismo primário; Hipertensão renovascular; Síndrome de Cushing ou terapêutico esteróide; Feocromocitoma; Coarctação da aorta; Doença tiroideia e paratiroideia.

#### 4. OBJECTIVOS A ATINGIR

O principal objectivo a atingir com a intervenção multidisciplinar da USF será de obter, a longo prazo, a máxima de redução de morbilidade e mortalidade cardiovascular e renal, com particular ênfase nas áreas do diagnóstico e tratamento. A USF pretende, através da abordagem farmacológica e não farmacológica, controlar 50% dos seus hipertensos num prazo de 3 anos.

#### 4.1- DIAGNÓSTICO

Existem motivos importantes que justifiquem que os Portugueses devam avaliar a pressão arterial regularmente. A HTA é um problema muito comum em Portugal. Inicialmente, a HTA não causa quaisquer sintomas. Só se descobre avaliando. A HTA não tratada implica um risco elevado de doença cardiovascular, que pode progredir, silenciosamente, durante anos.

Em Portugal, só cerca de metade dos hipertensos sabe ter a pressão arterial elevada, apenas um quarto está medicado e apenas um sexto (16%) está controlado (de notar todavia que estes números representam já um grande avanço destes últimos anos, pois há quinze ou vinte anos 5 ou 6 em cada 100 doentes hipertensos estavam bem tratados).

Com base nos motivos atrás apontados, todos os adultos devem avaliar a sua pressão arterial, pelo menos uma vez por ano, se ela for normal (isto aplica-se com maior razão aos indivíduos obesos, diabéticos, fumadores, ou com história de doença cardiovascular na família). A USF pretende aproximar a sua taxa de diagnóstico dos números de prevalência apontados pelas principais organizações ligadas à saúde e que apontam para 20% da população. A detecção precoce da HTA, especialmente nos utentes com risco cardiovascular acrescido, a correcta orientação terapêutica sendo ela de origem farmacológica ou não farmacológica e a prossecução dos objectivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados. Deste modo, é importante distinguir a medição e registo da Tensão Arterial de forma a poder fazer um correcto diagnóstico.

Tabela 2: Medição e Registo da Tensão Arterial (DGS, 2004, p. 3)

Método	Limites (mm Hg) para definição de Hipertensão	Comentários
<b>TA de consultório</b>	TAS = 140e/ou TAD= 90mmHg	Dois registos, doente sentado, intervalo de 5 minutos. Confirmar TA no braço contra lateral
<b>Monitorização Ambulatória da Tensão Arterial de 24 horas</b>	TAS 24h = 125 e/ou TAD 24h = 80 mmHg	Indicada na avaliação da Hipertensão da bata branca . Descida da TA nocturna <10% pode indicar maior risco cardiovascular
<b>Automedicação da TA</b>	TAS> 135 e/ou TAD = 85 mmHg	Informa sobre resposta à terapêutica. Pode contribuir para aumentar adesão terapêutica e para o diagnóstico da Hipertensão da bata branca

#### **4.2 TRATAMENTO**

O principal objectivo da terapêutica farmacológica anti - hipertensora é a prevenção da ocorrência de eventos cardiovasculares e renais e do seu agravamento ou recorrência. O seu objectivo operacional é a redução da TA para valores considerados normais, com o mínimo de reacções adversas, conservando o melhor possível a qualidade de vida. A USF pretende, através da abordagem farmacológica e não farmacológica, controlar 40% dos seus hipertensos num prazo de 3 anos.

#### **5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS UTENTES NA ÁREA/PROCESSO**

1. Ser utente da USF
2. Ser hipertenso (ver ponto 3)
3. Ter idade superior a 18 anos
4. Pretender ser vigiado na USF

#### **6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS UTENTES NA ÁREA/PROCESSO**

1. Ser utente da USF mas pretender fazer o seguimento da HTA noutra instituição de saúde
2. Ter idade igual ou inferior a 18 anos
3. Gravidez

## 7. CIRCUITO DO UTENTE NA ÁREA/PROCESSO

### Utentes



- Dirige-se ao secretariado clínico 15 minutos antes da consulta (consulta com hora marcada).

### Secretário Clínico



- Efectiva a consulta para enfermeiro e médico.
- Dá orientações sobre funcionamento da USF.
- Encaminha para a sala de espera.

### Enfermeiro



- Avalia dados biométricos: peso, altura e perímetro abdominal e TA.
- Avalia estado vacinal.
- Faz registos no SAPE
- Faz ensino sobre alimentação, exercício físico, hábitos nocivos, importância da adesão à terapêutica e complicações cardiovasculares (entrega folhetos informativos).
- Agenda próxima Consulta (2 por ano)

### Médico



- Abre o programa de HTA no O do SOAP.
- Actualiza informação (importante o registo de TA, IMC e VAT).
- Regista ECD, se os houver.
- Pede ECD, se necessário.
- Faz educação para a saúde.
- Faz ajustes na terapêutica e verifica adesão.
- Verifica FRCV e co - morbilidades. Faz referência quando necessário.
- Agenda próxima Consulta (2 por ano)

## **8. RESPONSABILIDADES, COMPETÊNCIAS E ATITUDES-CHAVE DE CADA ÁREA PROFISSIONAL**

Cada área profissional é responsável pelas tarefas que lhe estão atribuídas, mas compete a todos e a qualquer um dos profissionais zelar pela qualidade dos cuidados prestados pela equipa, alertando para eventuais erros ou lacunas que detecte, de forma a serem corrigidos em tempo oportuno. Quando o hipertenso for seguido também por outros profissionais exteriores à USF, a responsabilidade entende-se partilhada por todos os intervenientes.

### **✓ Secretariado clínico:**

- a) Proceder ao agendamento da consulta médica e de enfermagem por solicitação do utente (presencial, por telefone ou email);
- b) Efectiva a consulta para o enfermeiro e médico, em cada consulta;
- c) Dar orientações sobre o funcionamento da USF e fornecer o respectivo folheto informativo, se disponível;
- d) Encaminhar o utente para sala de espera, onde aguarda a chamada para a consulta.

### **✓ Enfermagem:**

- a) Avalia dados biométricos: peso, altura e per metro abdominal e TA;
- b) Avalia estado vacinal;
- c) Faz ensino sobre alimentação, exercício físico, hábitos nocivos, importância da adesão à terapêutica e complicações cardiovasculares (entrega folhetos informativos);
- d) Agenda próxima consulta (2 por ano);
- e) Faz os registos da consulta no SAPE;

Nas avaliações da Tensão Arterial devem ser tidas em consideração aspectos que podem alterar a sua avaliação e assim interferir num possível diagnóstico de HTA, nomeadamente: devem ser utilizados aparelhos aferidos, pelo que a USF semestralmente pretende aferir os aparelhos; deve ser utilizada uma braçadeira adequada; deve ser avaliada com o indivíduo sentado, em ambiente homeotérmico e sem agressão por poluição sonora ou luminosa.

As determinações em decúbito e em pé são por vezes, importantes, particularmente nas pessoas idosas (DGS, 2004).

### **✓ Médicos:**

- a) Abre o programa de HTA no O do SOAP;
- b) Actualiza informação (importante o registo de TA, IMC e VAT);

- c) Regista ECD, se os houver;
- d) Pede ECD, se necessário;
- e) Faz educação para a saúde;
- f) Faz ajustes na terapêutica e verifica adesão;
- g) Verifica FRCV e co -morbilidades; Avaliação de lesão dos órgãos-alvo
- h) Faz referenciação quando necessário (Nutricionista, Cardiologista e outros);
- i) Agenda próxima Consulta (2 por ano).

✓ **Aquando da avaliação clínica inicial:**

Identificação dos factores de risco;

Pesquisa de causas identificáveis de Hipertensão Arterial;

Avaliação de lesão dos órgãos-alvo;

Colheita de história clínica e realização de exame físico;

Testes laboratoriais;

Electrocardiograma

## **9. CRITÉRIOS DE SEGUIMENTO/VIGILÂNCIA DO UTENTE**

A USF preconiza 2 consultas (médicas e de enfermagem) por ano para um hipertenso. Evidentemente os doentes com hipertensão mais grave poderão necessitar de uma maior vigilância

## **10. ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS (FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS)**

✓ **TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO**

A adopção de um estilo de vida saudável proporciona geralmente uma descida significativa da pressão arterial, que pode ser suficiente para baixar ate valores tensionais normais. As vantagens que advém de não ser, nestes casos, necessário recorrer a medicamentos (ou ser possível reduzir a sua quantidade) são por demais evidentes para necessitarem de ser enumeradas.

- Redução do peso em indivíduos obesos ou com excesso ponderal, idealmente para valores de IMC de 18.5 a 24.9Kg/m<sup>2</sup>, em caso de IMC> 25 encaminhar para o médico de família para a possibilidade de encaminhar para o nutricionista;
- Adopção de dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
- Reduzir o consumo de sal. A diminuição do consumo de sal reduz a pressão arterial em grande



número dos hipertensos. Esta redução pode ser efectuada, não adicionando sal (ou reduzindo gradualmente a sua quantidade) quer durante a confecção dos alimentos, quer na mesa, evitando ainda ingerir alimentos salgados;

- Exercício físico. Através de uma prática física regular pode-se reduzir significativamente a pressão arterial. O exercício escolhido deve compreender movimentos cíclicos (marcha, corrida, natação, dança, caminhar 30 min/ dia, 5-7 dias/semana). Os hipertensos devem evitar esforços (levantar pesos, empurrar móveis pesados), que aumentam a pressão arterial durante o esforço;
- Consumo moderado de álcool com um máximo 30ml etanol/dia nos homens e 15ml/dia para as mulheres;
- Cessação do hábito de fumar, que é sobretudo, importante numa perspectiva de redução global do risco cardiovascular;

As medidas não farmacológicas assumem um papel fulcral na abordagem ao utente hipertenso. A estas deve ser dada tanta ou mais atenção pelos profissionais no momento da implementação do tratamento. Para um tratamento eficaz que leve o hipertenso a uma situação de HTA controlada, é imprescindível que haja equilíbrio entre tratamento farmacológico e não farmacológico. A adopção de estilos de vida saudáveis constitui um componente indispensável da terapêutica de todas as pessoas com hipertensão arterial, podendo inclusivamente contribuir, em indivíduos susceptíveis, para a prevenção da sua ocorrência. A educação para a saúde no âmbito da alimentação saudável e equilibrada onde se saliente a importância da ingestão hídrica e do exercício físico é essencial na maioria das actividades diárias dos profissionais de saúde. Estas medidas, se suficientemente duradouras, poderão permitir, consoante os indivíduos, reduções da TA de 5 a 20 mmHg e melhorar o perfil do risco cardiovascular global. As principais medidas não farmacológicas usadas no tratamento da hipertensão arterial são:

- Cessação tabágica;
- Redução do peso corporal em indivíduos obesos ou com excesso de peso;
- Redução do consumo de álcool;
- Prática de actividade física regular;
- Redução dos níveis de stress;
- Redução do teor de sal na alimentação.

### **Adesão do hipertenso ao tratamento**

O tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial é mais ou menos eficaz conforme o nível de adesão do doente ao tratamento instituído. Para o controle da hipertensão arterial, a adesão ao tratamento é imprescindível. A literatura é unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Vários factores exercem influência no processo da adesão ao tratamento, os quais podem estar relacionados ao

paciente, doença, ao tratamento, a aspectos institucionais ou até mesmo ao relacionamento médico-utente.

Contudo, vários recursos podem ser adoptados para melhorar o controlo da hipertensão e promover a adesão ao tratamento. Os principais estão especificados na seguinte tabela. A Organização Mundial da Saúde preconiza a multidisciplinaridade na saúde, onde o conjunto de profissionais trabalha em benefício do doente. De entre as principais vantagens deste tipo de actuação, temos o aumento do número de indivíduos atendidos nos diversos modos de abordagem; maior adesão ao tratamento; maior número de pacientes hipertensos controlados e adoptando hábitos de vida saudáveis; possibilidade do utente ser replicador de conhecimentos sobre tais hábitos e o favorecimento de acções de pesquisa em serviço. Ainda existem vantagens adicionais, como o crescimento profissional por constante troca de informações e maior confiança no serviço.

Enfim, a problemática da adesão ao tratamento anti-hipertensivo consiste num grande desafio a ser enfrentado por todos: pessoa hipertensa, familiares, profissionais da área de saúde, instituições e comunidade. A medição da tensão arterial durante a consulta A medição dos valores da tensão arterial é a base do diagnóstico e do seguimento do hipertenso. Neste sentido, esta técnica deve ser realizada obedecendo a determinadas regras. Para medição da tensão arterial é necessário a existência de alguns aparelhos tais como um manómetro (de coluna de mercúrio ou aneróide) ou um aparelho electrónico. Caso se usem manómetros torna-se necessário a utilização de estetoscópio. Na USF todos os consultórios estão equipados com aparelhos electrónicos que permitem a adaptação de braçadeira arregaçada pois o braço pode ficar apertado. O bordo inferior da braçadeira é colocado dois dedos abaixo da fossa antecubital. A medição deve fazer-se após, pelo menos, 5 minutos de repouso do doente. O braço deste deve estar ao nível do coração, ou seja, ao nível do quarto espaço intercostal. A medição deve fazer-se na ausência de qualquer acontecimento que possa fazer variar os valores de TA, nomeadamente o stress, após as refeições, esforços, exposição ao frio, consumo de álcool, tabaco ou café na meia hora precedente, um episódio doloroso ou a tomada de simpaticomiméticos.

### ✓ TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Quando as medidas não farmacológicas forem insuficientes teremos de recorrer aos fármacos. No entanto há que ter presente que os fármacos não curam a HTA, somente a controlam. Por isso, uma vez iniciado, o tratamento medicamentoso deverá, em princípio, ser continuado a mantido por toda a vida.

Os objectivos da terapêutica farmacológica são controlar a pressão arterial com o menor número e a menor dose de fármacos. Menos medicamentos significam menos efeitos acessórios e menos despesa para o doente. O objectivo da terapêutica em termos tensionais deverá ser o de obter valores iguais ou inferiores a 140/90 mmHg, embora nos indivíduos idosos se possam aceitar valores um pouco mais elevados.

Um dos aspectos mais frequentemente esquecido é o de ser necessário controlar os factores de risco associados, tais como a obesidade, o tabaco, o álcool, o sedentarismo, tão frequentes nos indivíduos com hipertensão. Este aspecto é fundamental para se obter o objectivo final do tratamento da hipertensão, que é o de prevenir a incidência das complicações cardiovasculares causadas pela HTA.

Finalmente, não esquecer que nem todos os doentes reagem da mesma maneira aos diferentes fármacos anti - hipertensos. Um mesmo fármaco, que controla facilmente um doente, pode causar efeitos secundários intoleráveis noutro. No entanto, dispomos hoje em dia de um arsenal terapêutico tão lato que, quando judiciosamente utilizado, permite controlar a hipertensão na esmagadora maioria dos casos. O tratamento farmacológico, segundo a DGS, 2004 deve iniciar-se após avaliação de dois critérios, nomeadamente: o valor da Tensão Arterial sistólica e diastólica e o risco cardiovascular global. Assim, a mesma fonte relacionou os grupos tensionais com o tratamento farmacológico.

A maioria dos doentes hipertensos irão necessitar da associação de dois ou mais anti - hipertensores para se obter o desejável controlo da TA. A associação de um segundo fármaco de diferente classe terapêutica deverá ser empreendida perante a incapacidade de se obter o desejável controlo da TA com as doses adequadas de um único fármaco.

Quando a TA se encontra 20/10 mm Hg acima do valor desejável da TA, o tratamento inicial deverá incluir a associação de dois anti - hipertensores de diferentes classes terapêuticas, um dos quais deverá ser, preferencialmente, do grupo dos diuréticos, quer em formulações separadas, quer associados em dose fixa, sendo, neste caso, nas doses mais existentes no mercado. A utilização de associações de anti - hipertensores, embora aumente a probabilidade de se obter o desejável controlo da TA, deve ser rodeada de determinadas precauções, sobretudo em doentes com disfunção autonómica, diabetes ou pessoas idosas, com propensão para hipotensão ortostática. No sentido de facilitar a adesão do doente à terapêutica e de obter um controlo equilibrado da TA ao longo das 24 horas, é preferível optar, sempre que possível, por formulações que, em toma única diária, assegurem uma duração de acção superior a 24 horas.

## **11. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DAS TRÊS ÁREAS PROFISSIONAIS (AJUSTADOS AO PONTO 7)**

### **Secretariado**

Percentagem de consultas agendadas pelo secretariado clínico.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas agendadas pelo secretariado clínico}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas}} \times 100$$

---

Nº total de consultas

**Enfermeiros**

Percentagem de hipertensos com pelo menos um registo de tensão arterial nos últimos 6 meses.

$$\frac{\text{Nº de hipertensos c/pelo menos 1 avaliação de TA nos últimos 6 meses} \times 100}{\text{Todos os hipertensos inscritos no programa}}$$

---

Todos os hipertensos inscritos no programa

**Médicos**

Percentagem de hipertensos com pelo menos 1 registo de determinação de microalbuminúria ou proteinúria no ano

$$\frac{\text{Nº hipertensos c/ pelo menos 1 registo de microalbuminúria ou proteinúria no ano} \times 100}{\text{Total de hipertensos}}$$

---

Total de hipertensos

**12. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO GLOBAL**

Número de consultas de Hipertensão Arterial por ano

$$\frac{\text{Nº total de consultas de hipertensão}}{\text{Total de hipertensos}}$$

---

Total de hipertensos

**13. ALTURAS DE (RE) AVALIAÇÃO (TIMINGS)**

A primeira avaliação será realizada até 31 de Agosto de 2012.